

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LÁZARO FRANÇA NONATO

**RELAÇÕES DE PODER NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Belo Horizonte

2018

LÁZARO FRANÇA NONATO

**RELAÇÕES DE PODER NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Meiriele Tavares Araújo

Belo Horizonte

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Nonato, Lázaro França.

Relações de poder nas práticas cotidianas dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva neonatal [manuscrito] / Lázaro França Nonato. - 2018.

107 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Meiriele Tavares Araújo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Relações Interpessoais. 2.Poder. 3.Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 4.Prática Profissional. 5.Equipe Multiprofissional. I.Araújo, Meiriele Tavares. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

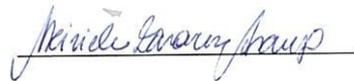
ATA DE NÚMERO 583 (QUINHENTOS E OITENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO LÁZARO FRANÇA NONATO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 11 (onze) dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "RELAÇÕES DE PODER NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL", do aluno **Lázaro França Nonato**, candidato ao título de "Mestre em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Meiriele Tavares Araújo (orientadora), Alexandre de Pádua Carrieri e Bruna Figueiredo Manzo, 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 ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato 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 ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Patrícia Prata Salgado, Servidora 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, 11 de dezembro de 2018.

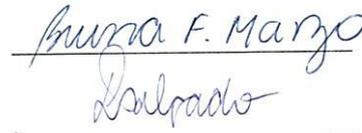
Prof.^ª Dr.^ª Meiriele Tavares Araújo
Orientadora (EEUFMG)



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



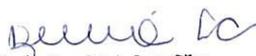
Prof.^ª Dr.^ª Bruna Figueiredo Manzo
(EEUFMG)



Patrícia Prata Salgado
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 04.12.18


Prof.ª Dra. Kénia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

*Dedico este estudo à minha mãe, irmã e
afilhada Samira pelo apoio incondicional,
vocês foram peças fundamentais. Além de
todos os profissionais intensivistas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de chegar até aqui. Sempre grato a Ele durante toda essa trajetória.

À minha mãe, que tenho grande admiração, uma mulher forte e determinada. Sempre comigo. Eu te amo muito.

À minha irmã, que aguçou em mim todo esse desejo de me tornar um enfermeiro. Você é um exemplo para mim, orgulho de você!!!

Ao Bruno, o qual me fez enxergar as relações de poder em outra ótica, mas complementar à vida. Obrigado por toda paciência e incentivo sempre durante essa trajetória.

Aos demais familiares pelo carinho e a torcida, em especial aos meus afilhados Ceres Cristina e Luiz Braga. Obrigado por sempre estarem comigo.

À minha orientadora Meiriele. Obrigado por fazer parte desse meu crescimento intelectual. Sem você não chegaria onde cheguei. Meu orgulho por você será eterno... Você para mim é exemplo de muito esforço, inteligência e humildade.

ELAS: Como atravessar esse rio sem a ajuda de vocês? Diene, Jaime, Bianca, Ana Carolina e Renata. Obrigado por tornar meu mestrado mais suave, principalmente você Mih!

Meus queridos amigos Saullo Soares, Carol Spotorno, Paulo Campos, Priscylla Alvarenga e Wagner Moreira. Vocês foram grandes incentivadores.

Aos amigos da ABENTI, SOMITI e AMIB por todo ensinamento e por me fazer compreender o cotidiano da terapia intensiva. Em especial aos amigos Clayton Melo, Jaime Júnior e Thais Oliveira: foram grandes parceiros.

Aos participantes desse estudo, que através de seus discursos me fez compreender como se configuram as relações de poder em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

O poder produz saber [...], não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.

(FOUCAULT, 2010)

RESUMO

NONATO, Lázaro França. **RELAÇÕES DE PODER NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**. 2018. 107f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2018.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) configura-se como um ambiente terapêutico apropriado para o tratamento de recém nascidos (RN) de alta complexidade. Nesse cenário tecnológico, multiprofissional, regulamentado por leis e diferentes saberes desenvolvem-se relações de poder que para Foucault acontece como uma relação de forças, coagindo, disciplinando e controlando as pessoas. O objetivo deste estudo foi analisar os discursos dos profissionais acerca das relações de poder no cotidiano de trabalho de uma UTIN de um Hospital Universitário de Belo Horizonte- MG. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de perspectiva pós-estruturalista e ancorada no referencial teórico Foucaultiano. O cenário do estudo foi uma UTIN de um hospital público, universitário, geral, de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os participantes foram 8 profissionais, sendo eles das categorias médica, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, todas do sexo feminino. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado e a análise dos dados, por meio da técnica de Análise de Discurso. Os resultados desse estudo emergiram de um percurso semântico que se refere às relações de poder configuradas no cotidiano de trabalho desses profissionais. Esse percurso semântico foi subdividido em três percursos temáticos: as práticas de poder no cotidiano da UTIN; o poder como hierarquia e a necessidade do controle, e as relações de poder na UTIN. Os personagens discursivos selecionados como representantes foram: coordenação, médico, enfermagem, sindicato, categoria profissional, residente, hospital, Sofia, Menino, bebe, RN, pais e família, enfermeiro e serviço de psicologia. A seleção lexical dos discursos apresentados pelos participantes mostrou-se diversificada tanto nos aspectos gramaticais quanto no seu teor e rigor científico com utilização de figuras de linguagem, sendo predominante o uso de hipérbolos, metáforas, ironias, metonímias. Nesse contexto, no primeiro percurso temático sobre as práticas de poder no cotidiano da UTIN, essas se baseiam em um contrato de condutas marcadas por uma rotina normalizada pela instituição através de dispositivos de poder, tais como: a prescrição médica; a passagem de plantão; o enfermeiro; e a comunicação efetiva. Tratando-se da segunda temática sobre o poder como hierarquia e a necessidade de controle, os entrevistados trouxeram uma concepção de poder enquanto uma materialização da hierarquia, baseada na presença de normas e regras, personificada a alguém que manda. As questões do poder-saber e do poder-disciplinar presentes dentro de uma UTIN também influenciaram as relações dos profissionais com os pais. Na terceira temática sobre as relações de poder na UTIN, estas foram marcadas pela presença de resistência, concepções de poder relacionadas à vigilância hierárquica e a utilização da norma para controle do corpo. Os médicos foram apresentados como autoritários por não permitirem argumentações, tampouco discussão sobre alguma conduta do paciente, subentendendo um domínio sobre o julgamento. Já a relação entre enfermeiro e técnico de enfermagem foi considerada boa, embora seja referido que existam conflitos. O respeito foi mencionado em todos os discursos como algo importante nas relações, além da necessidade do trabalho em equipe, uma prática pouco presente e até mesmo inexistente dentro da unidade. Além disso, a fofoca foi considerada como algo que influencia o processo de trabalho em equipe. Contudo, foi possível compreender a configuração das relações de poder na UTIN a partir de suas práticas, do poder disciplinar e da necessidade de controle. Observou-se a circularidade do poder nesse cotidiano de trabalho, bem como seus efeitos nas relações entre os profissionais. E com isso considera-se essencial o desenvolvimento de pesquisa nas demais unidades hospitalares a fim de compreender as relações de poder no por meio do discurso dos profissionais, possibilitando identificar o panorama dessa temática, assim como suas potencialidades e fragilidades.

Descritores: Relações interpessoais, Poder, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Prática profissional, Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

NONATO, Lázaro França. **POWER RELATIONS IN THE DAILY PRACTICES OF PROFESSIONALS IN A NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT.** 2018. 107f. Dissertation (Master degree) - Faculty of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2018.

The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is an appropriate therapeutic environment for the treatment of high-complexity newborns (NB). In this technological scenario, multiprofessional, regulated by laws and different knowledges develop power relations that for Foucault happens as a relationship of forces, coercion, disciplining and controlling people. The objective of this study was to analyze the professionals' discourses about power relations in the daily work of a NICU of a University Hospital of Belo Horizonte - MG. It is a qualitative research, from a post-structuralist perspective and anchored in the Foucaultian theoretical framework. The study scenario was a NICU of a public, university, general hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. The participants were 8 professionals, being of the categories medical, nurse, nursing technician, physiotherapist, speech therapist, all female. The data were collected through interviews, using a semi-structured script and data analysis, using the Discourse Analysis technique. The results of this study emerged from a semantic path that refers to the relations of power configured in the daily work of these professionals. This semantic path was subdivided into three thematic paths: the practices of power in the daily life of the NICU; power as hierarchy and the need for control, and power relations in the NICU. The discursive characters selected as representatives were: coordination, doctor, nursing, union, professional category, resident, hospital, Sofia, Boy, baby, NB, parents and family, nurse and psychology service. The lexical selection of the discourses presented by the participants was diversified both in the grammatical aspects and in their content and scientific rigor with the use of figures of language, being predominant the use of hyperbole, metaphors, ironies, metonymy. In this context, in the first thematic course on power practices in the daily life of the NICU, these are based on a contract of conduct marked by a routine normalized by the institution through power devices, such as: medical prescription; the shift on duty; the nurse; and effective communication. In the second issue of power as a hierarchy and the need for control, the interviewees brought a conception of power as a materialization of the hierarchy, based on the presence of norms and rules, personified to someone who commands. The power-knowledge and power-disciplinary issues present within a NICU also influenced the professionals' relationships with their parents. In the third thematic on power relations in the NICU, these were marked by the presence of resistance, conceptions of power related to hierarchical vigilance and the use of the norm for control of the body. The doctors were presented as authoritarian because they did not allow arguments, nor did they discuss some of the patient's behavior, implying a dominance over the trial. The relationship between nurse and nursing technician was considered good, although it is mentioned that there are conflicts. Respect was mentioned in all discourses as something important in relationships, as well as the need for teamwork, a practice that is not present and even non-existent within the unit. In addition, gossip has been considered as something that influences the process of teamwork. However, it was possible to understand the configuration of the power relations in the NICU from its practices, the disciplinary power and the need for control. It was observed the circularity of power in this daily work, as well as its effects on the relationships between professionals. And with this, it is considered essential to develop research in other hospital units in order to understand the power relations in the discourse of professionals, allowing to identify the panorama of this issue, as well as its potentialities and weaknesses.

Keywords: Interpersonal relations, Power, Neonatal Intensive Care Unit, Professional practice, Multiprofessional team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Princípios metodológicos do poder.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RN	Recém Nascido
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
MG	Minas Gerais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
AD	Análise de Discurso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PA	Pronto Atendimento
<i>Rounds</i>	Rondas
SBAR	<i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
IHI	Instituto para o Desenvolvimento do Cuidado em Saúde
IPA	<i>International Psychoanalytical Association</i>
HON	<i>Health On the Net Foundation</i>
ITO	Instrução de Trabalho Operacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO GERAL.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 O Conceito de poder na perspectiva foucaultiana.....	17
3.1.1 Uma breve explicação sobre os tipos poder apresentados por Foucault em sua obra.....	19
3.2 Os dispositivos de controle na sociedade.....	25
3.3 O hospital e o poder-saber médico.....	28
3.4 As relações de poder e o discurso.....	31
4 METODOLOGIA.....	36
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 Cenário e Participantes da pesquisa.....	37
4.3 Coleta e Análise dos Dados.....	40
4.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	44
5 A guisa de analisar as relações de poder no cotidiano da UTIN: da necessidade da disciplina e do controle à imprescindibilidade do trabalho em equipe.....	44
5.1 As práticas de poder no cotidiano da UTIN.....	54
5.2. O poder como hierarquia e a necessidade do controle.....	67
5.3 As relações de poder no cotidiano da UTIN.....	77
6 CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	102
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	103
ANEXO – Aprovação do parecer ético.....	104

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) configura-se como um ambiente terapêutico apropriado para o tratamento de recém-nascidos (RN) de alta complexidade (COSTA; PADILHA, 2011). Nesse cenário tecnológico, multiprofissional, legalmente regulamentado de diferentes saberes desenvolvem-se relações de poder. Para Foucault (2014), o poder acontece como uma relação de forças, coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos. Desse modo, como relação de forças, o poder está em todas as partes. Todas as pessoas estão envolvidas por relações de poder e não podem ser consideradas independente delas ou alheias a elas (VELOSO, 2011).

A UTIN surgiu como um prolongamento da obstetrícia. O objetivo do trabalho nestas unidades era promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extrauterina, justificando os investimentos econômicos e sociais para redução da mortalidade infantil e o novo poder-saber médico da neonatologia (COSTA; PADILHA, 2011). Essa unidade destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias (BRASIL, 2010).

Essas unidades são regulamentadas pelas mesmas normas de uma Unidade de Terapia Intensiva - adulto (UTI-A), porém possuem algumas especificidades quanto à garantia do acompanhamento dos pais durante o período de internação do RN, inserindo-os no cotidiano da UTIN, juntamente com os profissionais de saúde. Segundo Brasil (2010) a UTI-A é um ambiente destinado à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais frequente dos pais e o cuidado de bebês cada

vez menores, frágeis e complexo, já fazem parte de uma realidade que exige novas práticas e novos sujeitos profissionais no cotidiano hospitalar (COSTA; PADILHA, 2011).

Destaca-se que em um estudo sobre a percepção dos profissionais de uma UTI sobre os fatores restritivos do trabalho em equipe multiprofissional, o fator em evidência foi o desrespeito entre os integrantes da equipe, resultado das relações hierárquicas de poder, bem como a falta do saber, do fazer de cada profissional dentro da equipe, evidenciando a necessidade de estratégias que potencializem a comunicação, bem como o respeito entre os integrantes da equipe (ARAÚJO NETO et al., 2016). Outro estudo realizado em uma UTI pediátrica mostrou que a unidade se caracteriza pelo saber especializado, médico centrado, altamente tecnologizado, regulado por normas, leis e protocolos, reproduzindo fragmentação na assistência, pela dificuldade do convívio entre os diversos profissionais (PEIXOTO; BRITO, 2015).

Sendo assim, nesse cenário de terapia intensiva, a literatura aponta, como sendo necessária a compreensão de como as relações de poder surgem e se estabelecem, como são mantidas e aceitas pelos sujeitos, como se dá a formação da subjetividade desses sujeitos através da disciplina, que individualiza e estabelece mecanismos de dominação e exploração nos mais diversos campos da atividade humana, caminhos ainda pouco explorados (CHIGNOLA, 2014). Adverte-se, no entanto, que essa compreensão das relações na prática cotidiana na UTIN, exige que se considere a natureza do saber, do poder, e da subjetividade dos sujeitos envolvidos (COSTA; PADILHA, 2011; FOUCAULT, 2014; ARAUJO NETO *et al.*, 2016).

Costa e Padilha (2011) inferem em seu estudo que uma unidade específica para o cuidado do recém-nascido de risco contribuiu para uma redução da morbimortalidade neonatal, mas também para aquisição do saber científico relacionado principalmente aos

aspectos fisiopatológicos, o que propiciou o desenvolvimento de novas práticas e sujeitos profissionais, mas que também desvelou novos desafios assistenciais geradores de novas configurações/relações saberes e poderes. Ainda destacam que os profissionais de saúde neointensivistas foram levados a ter a dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, bem como a importância do saber técnico-científico para discernir o fazer e como fazer, particularizando as práticas de cuidado a cada recém-nascido e família, promovendo assim modificação do processo de trabalho nas UTIN, com vistas a ampliação do objeto de trabalho para além do corpo do recém-nascido, por meio da inserção da família (COSTA; PADILHA, 2011).

Neste estudo parte-se do pressuposto que as relações de poder existentes na UTIN emergem das relações constituídas e vivenciadas pelos profissionais imersos no cotidiano da prática do cuidado ao recém-nascido e seus pais, permeados de poder-saber e poder disciplinar. Esse cotidiano de prática de cuidado configura-se num contexto hospitalar, instituição totalizante com cardápio de estratégias de poder disciplinar, seja para os profissionais seja para os pais, permeado de legitimação e deslegitimação dos saberes dos pais e dos profissionais, e entre os próprios profissionais.

O saber é responsável por atribuir uma posição para o sujeito em uma relação, sendo essa estabelecida pela sua condição de sujeito detentor do saber nessa determinada situação. Esse saber refere-se a todo tipo de saber envolvido em cada prática (FOUCAULT, 2014), mudando de acordo com as condições históricas e sendo produzido a partir de constantes esforços para o estabelecimento de uma verdade (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012; ARAUJO *et al.*, 2016).

A UTIN, enquanto um setor da atenção hospitalar tem como possibilidade de legitimação de suas relações de poder por meio da disciplina e seus recursos para um bom adestramento. Uma vez que para Foucault (2014) as relações de poder são

legitimadas nas instituições consideradas totais, escolas, prisões, quartéis, hospitais, por meio da disciplina. Essa disciplina se torna mais facilmente observável nas relações de forças que se estabelecem entre os binários opressor-oprimido, mandante-mandatário, persuasivo-persuadido, e tantas quantas forem as relações que exprimem comando e comandados (FOUCAULT, 2014).

As pesquisas relacionadas à forma como as relações de poder se estabelecem são relevantes, à medida que permitem configurar uma análise crítica dos processos de trabalho e do funcionamento do serviço, e dão visibilidade às estruturas relacionais nas práticas cotidianas, bem como dos mecanismos de manutenção dessas estruturas. Foucault (1995) destaca que o sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros, sendo essa divisão responsável pelo seu ser objetivado, ou seja, pela sua formação enquanto sujeito. Nesse sentido, o estudo das relações de poder no cotidiano da UTIN pode contribuir para se reconhecer o modo pelo qual um ser humano toma-se o sujeito, profissional de saúde de UTIN. Entretanto, o entendimento dessas relações demanda ir além dos escritos, analisando as vivências das relações políticas, históricas e a própria prática cotidiana dos sujeitos envolvidos. Diante de tão complexa tarefa, percebe-se, ainda, que existem poucas produções científicas sobre o cotidiano da UTIN e as relações de poder estabelecidas nesse cenário, sendo considerados prioritários e preponderantes os estudos relacionados aos aspectos biomédicos e biofarmacológicos do RN, como forma de repensar a prática de trabalho dos profissionais dentro desse cenário.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar os discursos dos profissionais acerca das relações de poder no cotidiano de trabalho de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário de Belo Horizonte- MG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O conceito de poder na perspectiva foucaultiana

Foucault concebe o poder com uma abordagem que rompe com a concepção clássica do poder enquanto matéria, entendendo-o como algo que não pode ser localizado, observado ou cedido, se não por meio das relações (BRÍGIDO, 2013). O poder, como uma relação de forças, está em todas as partes sendo todas as pessoas envolvidas, não podendo essas se considerarem independente delas ou alheias a elas (GONÇALVES, 2016).

O poder, entretanto, não deve ser tomado, como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; e também não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente, e aqueles que não os possuem. A análise do poder perpassa seu entendimento enquanto algo que circula e que só funciona em cadeia, nunca localizado aqui ou ali, tampouco nas mãos de alguns. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação, nunca são o alvo inerte, sendo sempre centros de transmissão, ou seja, o poder não se aplica aos indivíduos, passa-se por eles (FOUCAULT, 2004).

Os mecanismos do poder atuam como uma força coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos, e de acordo com as necessidades e com as realidades de cada local, são produzidas novas relações de poder (BRÍGIDO, 2013; GONÇALVES, 2016).

Este processo de renovação e adaptação das relações atinge certo grau de eficiência quando o poder parece adquirir uma autonomia, como se fosse independente dos indivíduos, mas na realidade ele se dá mediante as ideologias e a burocracia, mas não só por elas, envolvendo os indivíduos.

É necessário entender que Foucault (1995) não teve como objetivo analisar os fundamentos do poder e nem fundamentos de tal análise, mas sim criar uma história dos diferentes modos pelos quais, os seres humanos tornaram-se sujeitos, ou seja, os modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. Assim, ele não estudou o poder não para criar uma teoria do poder, mas para identificar a atuação dos sujeitos sobre os outros e principalmente como os sujeitos eram constituídos nos processos de subjetivação. Desse modo, estamos todos envolvidos nessa rede que recebe, gera e distribui o poder. Somos seres relacionáveis, sociáveis, e isso nos envolve nas relações de poder (BRÍGIDO, 2013; GONÇALVES, 2016).

Nesse contexto, a relação poder-saber nasce da problematização de como a verdade se constitui nos diferentes cenários, produzindo e sendo produzido pelo poder. A verdade, como indissociável da singularidade do acontecimento, é produzida como acontecimento em espaço e tempo específicos, considerando as características próprias, mecanismos de sujeição e objetivação dos indivíduos e sociedade (CASTRO, 2009, p. 477; GONÇALVES, 2016). A elaboração da noção de verdade da sociedade é centrada na forma do discurso científico e balizada pelas instituições que a produzem.

O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder. A verdade é deste mundo; ela é produzida nele, graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (FOUCAULT, 2004, p. 12)

Em suma, podemos dizer que a verdade está diretamente ligada ao sistema de poder, sustentando-o. Este sistema elabora e reproduz de acordo com suas necessidades (MAIA, 2011; BRÍGIDO, 2013).

Para Foucault, o poder é uma força que está inserida na sociedade, uma vez que somos regidos por lei, a fim de sermos disciplinados. Também define o poder como uma verdade, em que está estabelecido nos discursos, em que se pauta pelos que legitimam o seu poder e os que são hostilizados. 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 indivíduos (BORDIN, 2014).

Nesse sentido, o filósofo propõe a desvinculação de um modelo de poder vertical (político Estatal) e passa a adotar a concepção de que o poder está em todas as relações, em seus mais diversos discursos. Portanto, com vistas às relações de saber e poder, o filósofo nos provoca a estudar os saberes e suas origens, sua práxis e seu discurso na sociedade e nas relações, gerando um poder multidirecional (BORDIN, 2014).

3.1.1 Uma breve explicação sobre os tipos de poder apresentados por Foucault em sua obra.

Em seus últimos estudos, Foucault (2001) declarou que tinha por objetivo produzir uma história dos diferentes modos de subjetivação do ser humano em nossa sociedade. Tal afirmativa torna-se mais clara após o lançamento de seu livro, pós-morte, onde se observa sua preocupação com a constituição do sujeito ético, que tem liberdade para o saber de si pelas suas próprias verdades, num corpo heterotópico. Nessa perspectiva, seus estudos sobre o poder parte da necessidade de se entender como o exercício do poder se consistiria em “conduzir condutas”. A ideia de um poder pastoral

foi introduzida no Ocidente por intermédio da Igreja cristã, que o corporalizou em mecanismos precisos e em instituições definidas, tornando-o ao mesmo tempo específico e autônomo (FOUCAULT, 2008). Esse poder implica em um poder de cuidado, de zelo, de bem fazer e por isso é individualizante, pois apesar de se dirigir a todo o rebanho, ele só pode dirigi-lo bem, na medida em que não haja uma só ovelha que lhe possa escapar (FOUCAULT, 2008), devendo ser todos conhecidos para bem arrebanhá-los.

Esta tecnologia de poder, dentro das instituições eclesásticas, possuía algumas características particulares, tais como: seu objetivo final era garantir a salvação de cada indivíduo na vida eterna; o pastor ao mesmo tempo em que comandava o rebanho, deveria também estar pronto para se sacrificar por ele; não era uma forma de poder que se ocupava da coletividade, mas sim de cada indivíduo especificamente, e este cuidado se dava ao longo de toda a sua vida; e, era uma forma de poder que demandava um saber da mente dos indivíduos, portanto, era por natureza, confessional (AMARANTE; CALDAS, 2012). A confissão era um dos mecanismos que permitia a posição de sujeição entre o detentor da verdade divina e outro que seria o pecador, e com o saber sobre os “pecados”, artimanhas e formas de pensar, era possível antever suas formas de fuga do rebanho.

Apesar da institucionalização eclesástica deste poder ter enfraquecido a partir do século XVIII, a sua função passou a se multiplicar além dos limites religiosos. Dessa forma, Foucault (2010) considera que o Estado constitui uma nova forma do poder pastoral, contudo, há de se notar algumas mudanças em suas características principais. Seu objetivo passa a assegurar a salvação do povo ainda neste mundo, ou seja, garantir o bem-estar da população, sua saúde, sua segurança, dentre outros (AMARANTE; CALDAS, 2012).

Por fim, o poder pastoral é, fundamentalmente, uma concepção da relação entre Deus (ou o rei, ou um líder) e seres humanos baseada no modelo da relação entre um pastor e suas ovelhas, que têm a confissão com ou mecanismo de controle e produção do saber sobre os sujeitos. O pastorado será fundamental para a história das práticas políticas desenvolvida por Foucault, constituindo-se como o lugar de uma importante transformação das relações de poder (FOUCAULT, 2008).

Outro tipo de poder que pode ser identificado na obra de Foucault é o poder soberano. Foucault afirma que a lei penal caracteriza uma estratégia mais ampla do poder que se exerce especialmente como “confisco” sob um regime de soberania real (FOUCAULT, 2014). Assim, quando imposta uma punição sobre um infrator, essa punição será exercida como uma subtração de algo que lhe pertenceria, como seus bens, sua honra, seu corpo e, em última instância, sua vida. Por isso, Foucault (2014) afirma que a lei, enquanto mecanismo para fazer valer o poder do soberano, é uma lei de gládio que consiste, em sua extremidade, em um fazer morrer ou deixar viver.

É dentro dessa perspectiva analítica que Foucault compreende, como demonstração prática dessa estratégia, as execuções espetacularizadas descritas em sua obra “Vigiar e Punir”. No momento da execução, o que há é uma confrontação física entre soberano e condenado; esse conflito frontal entre a vingança do príncipe e a cólera contida do povo, por intermédio do supliciado e do carrasco (FOUCAULT, 1997).

A soberania pode ser conceituada como poder ou autoridade suprema. É também um conceito abstrato de propriedade que tem um Estado de ser uma ordem suprema, que não deve sua validade a nenhuma outra ordem superior. Nesse sentido, sendo a soberania um Poder, este, se reveste de várias formas, tais como, Poder Diplomático, Militar, Nuclear, Econômico, Político, Tecnológico dentre outros (DELLAGNEZZE, 2015).

Assim, considera-se que, para existir a soberania, é necessário que exista o Estado, formado por quatro elementos: povo, território, governo soberano e capacidade de estabelecer relações. O povo será elemento humano; o território constitui-se na ideia do espaço físico, onde se localizará o povo; o governo soberano será o exercício do poder a ser desempenhado por pessoas ou dirigentes, indicados ou eleitos pelo povo; o Estado constituído por povo, território e governo, adquire o *status* de sujeito de direito, podendo estabelecer relações com os demais Estados (DELLAGNEZZE, 2015).

Pode-se dizer que a soberania é um ciclo de legitimidade das leis, que visa fundamentar a unidade essencial do poder do rei. Foucault tenta, justamente, se livrar dessa falácia circular e, ao invés de deduzir os poderes da soberania, extrai empírica e historicamente as relações de dominação locais. Ele tenta compreender o poder pela nudez das relações de força (LEMKE, 2011; FOUCAULT, 2014). Uma vez que para Foucault a dominação só acontece na ausência de toda e qualquer possibilidade de liberdade; havendo resistência, há relações de poder, onde o poder circula.

Considerando a tipologia dos poderes, o poder disciplinar é fruto de transformações da sociedade burguesa, do deslocamento do poder soberano para o corpo social e para o estado. A partir de então, o poder se exerceria na forma de micropoderes ou de uma micropolítica, além de se exercer sobre os corpos individuais por meio de exercícios especialmente direcionados para a ampliação de suas forças. Esses exercícios tinham como objetivo o adestramento e a docilização dos corpos. Nessa época, o corpo passou a ser visto como objeto e alvo de poder e manipulação, sendo considerado dócil, aquele pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado (AMARANTE; CALDAS, 2012; FOUCAULT, 2012).

Esses esquemas de docilidade remontam ao século XVIII, mas suas técnicas mudaram ao longo do tempo e pode-se destacar três pontos fundamentais dessa

mudança. O primeiro deles, a escala do controle, onde o corpo é trabalhado detalhadamente “peça a peça” tal como uma mecânica, que engloba movimentos, gestos, atitude e tantas outras características. O segundo seria o objeto do controle, que pode ser representado no contexto mais atual, pela economia, eficácia e organização interna dos movimentos. E por último, a modalidade, uma coerção constante que é exercida principalmente sobre o processo das atividades e não tanto sobre os resultados (FOUCAULT, 2007).

Para Foucault, o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação, até parecendo invisível, mas é transmitido, reproduzido e perpetuado através dos indivíduos, existindo e agindo de modo sofisticado e sutil. E nesse sentido da sofisticação e da sutileza, o poder disciplinar adentra os corpos no intuito de tanto multiplicar suas forças, para que possam produzir riquezas, quanto diminuir sua capacidade de resistência política (BRÍGIDO, 2013).

O poder disciplinar é um tipo de poder que tem como objetivo principal a fabricação, modificação, objetivação de um tipo específico de indivíduo com o intuito genérico de extrair seu potencial produtivo e neutralizar sua capacidade de mobilidade política. Nesta perspectiva, esse tipo de poder é uma tecnologia que foi construída e articulada simultaneamente com o desenvolvimento industrial capitalista, no séc. XVII-XVIII, estando ligadas às instituições intrínsecas a esse desenvolvimento, tais como: escolas, hospitais, fábricas, exército, dentre outras (FOUCAULT, 2012).

As chamadas “disciplinas” são, portanto, o conjunto destes métodos que permitem o controle e a docilização do corpo. Nasce assim, como Foucault (2007), assinala, uma “política das coerções” que permite esta manipulação calculada de todos os elementos que o compõe. O surgimento de uma “anatomia política” definiu a possibilidade de dominar o corpo alheio para que ele faça o que se quer e

principalmente siga todas as técnicas predeterminadas com a finalidade de atingir a rapidez e a eficácia esperada na execução das tarefas (AMARANTE; CALDAS, 2012).

A disciplina, então, aparece como um tipo de organização do espaço, uma técnica de distribuição de indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. As relações de poder disciplinar não necessitam necessariamente de espaço fechado para se realizar, é essa sua característica menos importante, mas sim de técnicas de vigilância e controle que permitam a continuidade de sua coerção (AMARANTE; CALDAS, 2012).

Nesse sentido, a disciplina fabrica indivíduos através de um poder que circula discretamente, de forma modesta, desconfiada, mas permanente. No entanto, são simples os instrumentos que o fazem acontecer: o olhar hierárquico (se traduz no ver sem ser visto que se apresenta por um lado de maneira discreta porque é silencioso e anônimo e, por outro lado de forma bastante indiscreta, porque está inserido em todas as partes, alerta, controlando), a sanção normalizadora (que corrige os desvios, as negligências, a tagarelice e, enfim, todos os atos que fogem à normalidade) e o exame (onde cada indivíduo é diagnosticado a partir do que faz e pensa e da maneira como age comparando-o a uma norma, ou ao normal estabelecido como verdade) (FOUCAULT, 2014; BRÍGIDO, 2013).

O biopoder apresenta-se como uma “adaptação”, ou um melhoramento das técnicas, do poder disciplinar, possuindo as características desta última, com o diferencial de ser aplicado não mais sobre os corpos dos indivíduos, mas sobre a vida destes indivíduos. Ressalta-se que o biopoder e o poder disciplinar coexistem no mesmo tempo e espaço. O poder disciplinar individualiza, enquanto o biopoder massifica, sendo direcionado à população. Seus efeitos são sentidos em processos que fazem parte da vida, como nascimentos, doenças, mortes, permitindo que haja uma comparação dos

dados, expressos por taxas de natalidade, longevidade e mortalidade, por exemplo. (POGREBINSCHI, 2004).

Ao agir sobre características populacionais, o biopoder possui mecanismos reguladores específicos, capazes de alterar o perfil populacional, chamados de mecanismos de previdência, sinalizando uma preocupação com a otimização da vida. A regulamentação tem como objetivo promover a vida e prevenir a morte (POGREBINSCHI, 2004).

A disciplina, no âmbito do biopoder, é convertida em regulamentação. Regulamenta-se para assegurar e garantir a vida, para prevenir e evitar a morte, porém ressalta-se que tal regulamentação não é exclusiva do Estado (AMARANTE; CALDAS, 2012). Tem-se um elemento em comum que transita entre o poder disciplinar e o biopoder, entre a disciplina e a regulamentação, e que possibilita a manutenção do equilíbrio entre a ordem disciplinar do corpo e a ordem aleatória da população: a norma, que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar (FOUCAULT, 1999). A norma da disciplina e a norma da regulamentação dão origem ao que Foucault chama de sociedade de normalização, uma sociedade regida por essa norma ambivalente, na qual existem indivíduo e população, corpo e vida, individualização e massificação, disciplina e regulamentação (AMARANTE; CALDAS, 2012).

3.2 Os dispositivos de controle na sociedade

O termo “dispositivo” aparece em Foucault nos anos 70 e designa-se inicialmente como técnicas, as estratégias, e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder. A partir do momento em que a análise foucaultiana se concentra no tema do poder, o filósofo insiste sobre a importância de se ocupar não da soberania jurídica, dos

aparelhos do Estado, das ideologias que o acompanham, mas dos mecanismos de sujeição, essa é a escolha metodológica que engendra a utilização da noção de “dispositivos” (REVEL, 2005).

Nessa perspectiva, como ferramenta analítica, o conceito de dispositivo é desenvolvido por Foucault em sua obra História da sexualidade, especialmente em “A vontade de saber”. Porém, é na entrevista que presta à International Psychoanalytical Association (IPA) que o autor explicita o conceito como (GONÇALVES, 2016):

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (Foucault, 2000, p. 244).

Nesse contexto, Foucault vai além, separando dois fatores que para ele funcionam como “dispositivos” para o exercício do poder: a vigilância e a punição. Dispositivos são meios, formas, caminhos, pelos quais o poder se exerce e circula na sociedade, bem como mecanismos usados de forma discreta para dar força aos meios que, em suma, objetivam determinado fim (BRÍGIDO, 2013).

O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. (FOUCAULT, 2004, p. 246)

Um dos primeiros dispositivo usado pela sociedade, segundo Foucault, foi a vigilância. Para haver vigilância, há custos econômicos e políticos. Econômicos porque precisam de investimentos com materiais e pessoas que possam agir como vigilantes. Custos políticos porque se a violência existir, por causa da vigilância, podem ocorrer revoltas. Isso é um custo político porque “desgasta” a imagem daqueles que estruturam essas forças e mantém tais mecanismos (BRÍGIDO, 2013).

Foucault também descreve o forte poder vigilante existente nas prisões, nas clínicas de recuperação, nos hospitais, enfim, nas formas de construção e estruturação desses locais onde o ser humano é tratado. No entanto, para uma maior precisão sobre a eficácia da vigilância, cria-se a filosofia do controle pelo olhar. Nasce a figura do inspetor. Este, de um lugar privilegiado, pode olhar e, desse modo, controlar a todos. O olhar torna-se uma boa forma de vigilância (BRÍGIDO, 2013):

O olhar vai exigir muito pouca despesa. Sem necessidade de armas, violência física, coações materiais. Apenas um olhar. Um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo; sendo assim, cada um exercerá essa vigilância sobre e contra si mesmo. Fórmula maravilhosa: um poder contínuo e de custo afinal de contas irrisório. (FOUCAULT, 2004, p. 218)

Se um dos dispositivos é a vigilância, o outro seria a punição. Na obra *Vigiar e Punir*, Foucault faz um estudo sobre a evolução histórica da legislação penal e os métodos coercitivos e punitivos, adotados pelo poder público nas formas de repressão. Métodos que vão desde a violência física até micropunições quase que imperceptíveis (BRÍGIDO, 2013).

Ele analisa outros sistemas de punição, mas centra sua análise na prisão. Para ele o sistema carcerário torna natural e legítimo o exercício da punição, acaba com os exageros do castigo, porém, dá legalidade aos mecanismos disciplinares. Quando a punição torna-se “legal” ela pode ser infligida pelo poder sem que isso seja visto como excesso. O poder de punir torna-se discreto (BRÍGIDO, 2013).

Chega um certo ponto da construção da sociedade, que a existência desses dispositivos é vista como necessária, indispensável e legítima pelos próprios cidadãos. É a partir destes dispositivos que Foucault vai desenvolver sua análise do poder disciplinar, que já não é apresentado de forma centralizado e sim, de forma dinâmico, atuando em todos os níveis da sociedade (BRÍGIDO, 2013).

3.3 O hospital e o poder-saber médico

No capítulo XIV de *Microfísica do Poder*, que o autor intitula ‘O olho do poder’, ele procura trabalhar sobre a considerável mudança que acontece na sociedade a partir do século XVIII. Analisando a arquitetura desenvolvida naquela época, Foucault observa principalmente como eram construídos os hospitais, com o olhar voltado para o modo de separação dos doentes, isolamento em departamentos separados para evitar o contágio, classificação dos problemas de saúde através do diagnóstico e, principalmente, desenvolvendo uma maneira de vigiar o paciente e observá-lo. De preferência mantendo o indivíduo longe da sociedade sadia, para “evitar os contatos, os contágios, as aproximações e os amontoamentos” (FOUCAULT, 2004). Os médicos tornam-se, nesse contexto, os “especialistas do espaço” (BRÍGIDO, 2013).

Foucault concebe o Nascimento da Clínica no findar do século supracitado, quando a medicina moderna passa por uma transformação fundamental da organização de seu conhecimento, prática e cenário, deslocando esse saber do presumido empirismo para o glorioso lugar de Ciência. Para o filósofo, essa mudança estrutural não se deu em função de um refinamento conceitual ou da utilização de meios técnicos mais avançados, mas sim, da alteração de uma determinada configuração linguística que compõe o discurso médico. Houve uma mudança no nível dos objetos, conceitos e métodos que, sob uma variação semântica e sintática, pressupunham uma discursividade racional conveniente e pertinente ao modelo científico (FOUCAULT, 1977).

Conforme Foucault, a doença e o corpo doente não foram conjurados em benefício de um saber neutralizado, mas sim fundados para um olhar positivo, métrico e treinado para a identificação do normal e do patológico. No espaço da Clínica, onde se entrecruzam corpos e olhares, o saber do sofrimento, alocado na subjetividade dos sintomas, é inserido num discurso redutor e objetivante. Sob o poder soberano do olhar

empírico da ciência médica, tem-se o espaço da experiência aberto, tão somente, à evidência dos conteúdos visíveis. O que cria a possibilidade de uma experiência clínica é justamente a aplicação de um olhar sobre a doença que lhe confere objetividade. O mecanismo da confissão agora é realizado para o médico, por meio do relato dos sintomas vividos e experienciados pelos doentes (AMARANTES; CALDAS, 2012).

Ademais, na investigação foucaultiana, a mutação ocorrida no saber médico não se desarticulou das práticas sociais, pelo contrário, demandou toda uma reorganização do ensino e da prática hospitalar. Até o século XVII, o hospital, enquanto um espaço político e administrativo, era apenas o depósito da miséria e da morte próxima. No final do século XVIII, aos poucos, o hospital se articulou para se transformar em um espaço terapêutico, passando a formar médicos e produzir saber (FOUCAULT, 1977).

Nesse sentido, o hospital se torna o ambiente ideal para o poder disciplinar, uma vez que permite o controle do tempo e dos espaços dos corpos doentes e suas doenças, sendo esses vigiados hierarquicamente, individualizados e classificados ao estarem separados dos normais, permitindo o desenvolvimento do saber sobre o binômio doente/doença, mas também sobre os trabalhadores da instituição. Assim, esse binômio pode ser “examinado” pela combinação da hierarquia, vigia, e normalização, mas também, qualificados, classificados e punidos. Na produção deste saber, a pureza da evidência clínica, atrelada ao simples exame de um indivíduo, oculta e dissimula uma complexidade histórica da consolidação das experiências e métodos clínicos emanados na medicina moderna (FOUCAULT, 1977).

A crença na Ciência tende a levar o médico, consciente ou inconscientemente, a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela. Algo da ordem de uma abdicação temporária,

enquanto for “seu paciente”, de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivenciado de si mesmo (MARTINS, 2004).

É esta crença na “verdade científica” que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a “verdade”, trazendo-o para o normal, uma vez que o ser patológico é um ser desviante da norma. O discurso da “verdade científica” é o que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente. Segundo a doutrina da “verdade científica”, o médico passa a ser um guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente que, por ter “pecado”, perde todos os seus direitos, e deve ter seu defeito corrigido por aquele que supostamente “sabe” todas as verdades sobre o corpo do paciente (MARTINS, 2004).

A partir do surgimento da biopolítica, a Medicina, detentora da verdade sobre os corpos, tornar-se a política da vida, uma ferramenta de controle da população pelo Estado (RIBEIRO; FERLA, 2016). O termo biopolítica designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica – por meio dos biopoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida que elas se tornam preocupações políticas (REVEL, 2005).

O autor nos alerta que, em tempos de biopolítica, em que a vida passa a ser alvo de controle pelo Estado em seus diferentes arranjos, a Medicina ocupa lugar privilegiado, pois essa disciplina pode ser considerada uma técnica política de intervenção e que produz efeitos de poder próprios. Essa disciplina tem a capacidade de

produzir, ao mesmo tempo, efeitos disciplinares e regulamentadores, pois se dirige tanto a corpos individuais, a organismos quanto a processos biológicos que incidem sobre a população de uma maneira global (RIBEIRO; FERLA, 2016).

3.4 As relações de poder e o discurso

A fim de compreender como se configuram as relações de poder, Foucault realiza uma “análise inversa”, ou seja, sua investigação parte das formas de resistência ao poder (POGREBINSCHI, 2004). Para Foucault (2010) isso consiste em usar essa resistência como um catalisador, a fim de esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos empregados.

Essa “análise inversa” leva Foucault a direcionar sua concepção de poder para o “como ele se exerce” e não para “o que ele é”. Assim, ele trabalha a partir da relação triangular entre poder, saber e verdade. Em sua forma, portanto, mais abstrata, o conceito foucaultiano de poder não mantém nenhum contato com os conceitos de Estado, soberania, e dominação (POGREBINSCHI, 2004).

De acordo com Pogrebinschi (2004), Foucault se cerca de determinadas medidas metodológicas, denominadas como princípios, enquanto elabora sua análise genealógica do poder. Esses princípios podem ser observados no quadro 1.

Quadro 1: Princípios metodológicos do poder

De Localidade	A análise do poder é realizada no nível mais local, micro, não universal.
	Estuda-se o poder a partir da sua exteriorização, no momento em que uma

Da exterioridade/ Objetivação	relação de poder se mostra.
Da circularidade ou transitoriedade	O poder circula entre todos e não se detém nas mãos de ninguém.
Da ascensão	Para entender o poder, parte-se de uma análise micro com direção ao macro, ou seja, sua análise é de baixo para cima.
Da não ideologização	A base do poder não é formada por ideologias, mas sim por instrumentos de formação e acúmulo de saber.

Fonte: Adaptado de POGREBINSCHI, 2004.

Para que seja constituída uma relação de poder, de acordo com o pensamento foucaultiano, é necessário que os indivíduos sobre os quais o poder é exercido, sejam livres, isto é, na medida em que o poder não se exerce senão sobre sujeitos, individuais ou coletivos, que tem diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas (AMARANTES; CALDAS, 2012).

A análise foucaultiana desconstrói a ideia de um paradoxo entre o poder e a liberdade. É tornando-os indissociáveis que Foucault pode reconhecer no poder um papel não somente repressivo, mas produtivo (efeitos de verdade, de subjetividade, de lutas), e que pode, inversamente, enraizar os fenômenos de resistência no próprio interior do poder que eles buscam contestar, e não num improvável “exterior” (REVEL, 2004).

Foucault procurou saber quais foram os efeitos de subjetivação a partir da existência de discursos que pretendiam dizer uma verdade para os sujeitos sobre eles mesmos. Sobre isso, ele questionou (ALVES; PIZZI, 2014):

Através de quais jogos de verdade o homem se dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente, quando reflete sobre si como ser vivo, ser falante e ser trabalhador, quando ele se julga e se pune enquanto criminoso? Através de quais jogos de verdade o ser humano se reconheceu como homem de desejo? (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Nessa perspectiva, a subjetividade está estreitamente relacionada às relações de poder. Para Foucault, o poder não atua apenas oprimindo ou dominando as subjetividades, mas, principalmente, participando do seu processo de construção. Eis aí o ponto onde subjetividade e poder se cruzam. Sob o ponto de vista de Silva (1998), a subjetividade e as relações de poder não se opõem: a subjetividade é um artefato, é uma criatura das relações de poder; ela não pode, pois, fundar uma ação contra o poder. Portanto, a noção de subjetividade aqui tomada não existe fora de um discurso que a produz como tal, o que sugere a existência de uma parceria entre os discursos e os processos de subjetivação (ALVES; PIZZI, 2014).

É possível perceber que os discursos precedem os sujeitos e as subjetividades e que estas últimas garantem os primeiros. O discurso nos coloca frente a frente com uma verdade do homem bastante arcaica e bem próxima, silenciosa e ameaçadora: uma verdade abaixo de toda verdade, a mais próxima do nascimento da subjetividade e a mais difundida entre as coisas (FOUCAULT, 1972). O discurso, nesses termos, possibilita a produção de determinados tipos de subjetividade, por possuir os mecanismos de subjetivação e as táticas das relações de poder. Foucault (1997) aponta que:

A história da subjetividade havia sido empreendida ao se estudar as separações operadas na sociedade em nome da loucura, da doença, da delinquência e seus efeitos sobre a constituição de um sujeito racional e normal; havia sido empreendida também ao tentar determinar os modos de

objetivação dos sujeitos em saberes, como os que dizem respeito à linguagem, ao trabalho e à vida [...] (FOUCAULT, 1997, p. 110).

Partir da noção de que o discurso é um lugar de luta permanente é considerar que o discurso não pode ser visto apenas como um conteúdo representado por um sistema de signos, mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que fala (FOUCAULT, 2012). As palavras e as coisas se relacionam de maneira complexa, porque essa relação é histórica, está repleta de construções e interpretações sendo perpassada por relações de poder. É preciso, então, descrever a dispersão dos acontecimentos discursivos através dos quais, graças aos quais e contra os quais (GREGOLIN, 2007) se estabelecem os regimes de verdade.

Atentar para as práticas discursivas é investigar e tornar visíveis os efeitos dessas práticas que tanto podem se exercer a partir daquilo que é “[...] propriamente discursivo (linguagem, discurso, enunciado) como também podem ser observadas em práticas institucionais (exercícios, rituais, definição de lugares e posições, distribuição espacial dos sujeitos etc.) – que jamais ‘vivem’ isoladamente [...]” (FISCHER, 2003, p. 371).

Em *A Arqueologia do saber*, Foucault (2012) trata o enunciado como um tema central na análise do discurso, por entendê-lo não como uma manifestação psicológica de um pensamento interno da pessoa que fala, mas como algo que poder ter outras formas além da verbalização, pois “[...] um horário de trens, uma fotografia ou um mapa podem ser um enunciado, desde que funcionem como tal, ou seja, desde que sejam tomados como manifestações de um saber e que, por isso, sejam aceitos, repetidos e transmitidos [...]” (VEIGA-NETO, 2003, p. 113). Os enunciados são como “[...] coisas que se transmitem e se conservam, que têm um valor, e das quais procuramos nos apropriar; que repetimos, reproduzimos e transformamos, para as quais preparamos

circuitos preestabelecidos [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 147). Nessa perspectiva, marcam o que é considerado verdade em determinado tempo e espaço (FOUCAULT, 2012).

Segundo Veiga-Neto (2003), o enunciado é um tipo especial de ato discursivo porque se separa dos contextos locais e dos significados cotidianos para construir um campo de sentidos que devem ser aceitos seja por seus efeitos de verdade, pela função daquele que o enunciou ou pela instituição que o acolhe (FISCHER, 2003).

Nesse sentido, descrever enunciados é entender como as coisas ditas são acontecimentos que ocorrem em contornos muito específicos, pois é “[...] no interior de certa formação discursiva – esse feixe complexo de relações - que certas coisas podem ser ditas (e serem recebidas como verdadeiras), num certo momento e lugar [...]” (FISCHER, 2003, p. 373).

A análise do discurso, assim entendida, não desvenda a universalidade de um sentido; ela mostra à luz do dia o jogo de rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação. Rarefação e afirmação, rarefação, enfim, da afirmação e não generosidade contínua do sentido, e não monarquia do significante [...] (FOUCAULT, 1996, p. 70).

As práticas produzidas nas relações de saber/poder de uma determinada época apresentam enunciados considerados verdadeiros e que estão presentes nesse cotidiano, produzindo determinadas formas de subjetivação e sujeitos. Trabalhar com a dúvida é, então, uma consequência, um efeito de considerar essas primeiras atitudes metodológicas que não pretendem guiar uma comprovação do que já se sabe, mas conduzir a pesquisa por meio de caminho fértil, em que há diversas possibilidades de interpretações, retirando-a do terreno das certezas (ALVES; PIZZI, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Com o objetivo de analisar os discursos dos profissionais acerca das relações de poder no cotidiano de trabalho de uma UTIN, foi desenvolvida uma pesquisa de natureza qualitativa, ancorada na perspectiva pós-estruturalista, com base no referencial teórico do filósofo francês Michel Foucault e metodológico da Análise de Discurso.

A abordagem qualitativa possibilita visualizar o objeto de estudo considerando seus condicionantes, sua especificidade e as relações que o permeiam, permitindo analisá-lo e interpretá-lo. Além disso, esta abordagem se preocupa com todo o processo em si e não somente com o que está a priori (MINAYO, 2017).

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 resultado, mas conseguir compreender o comportamento de determinado grupo-alvo (MINAYO, 2017). Sendo assim, neste estudo, utilizou-se o método de investigação científica focado no caráter subjetivo do objeto analisado por meio do discurso.

Essa abordagem se interliga com a perspectiva do pós-estruturalismo, uma vez que seu fundamento é questionar a própria realidade, quem são os indivíduos que a constituem e quais as relações sociais estabelecidas no cenário estudado. Além disso, permite uma reflexão acerca dos conceitos utilizados pela sociedade, que não são admitidos como verdades universais, mas sim, como resultado de mudanças nas relações de poder expressos pelo saber dominante, em um determinado momento (DREYFUS; RAINBOW, 1983; VELLOSO, 2011).

No campo do pensamento pós-estruturalista, encontram-se as contribuições de Foucault, na compreensão sobre a constituição dos sujeitos, as relações de poder e a produção de subjetividade (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

4.2 Cenário e Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de uma instituição pública, universitária, geral, referência em gestação de alto risco, na cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. Ressalta-se que essa unidade possui leitos canguru e/ ou convencionais e têm a permissão do acesso aos pais em tempo integral.

Esse hospital realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Além disso, é campo de estudo para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Importante ressaltar que esse hospital realizou um contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em Dezembro de 2013. Sendo que a atual direção assumiu a gestão em 2014, com mandato de 4 anos, sendo portanto, composta pela Superintendência e três gerências nas áreas de saúde, ensino, pesquisa e administração.

A partir da criação da EBSERH, por meio da Lei nº 12.550/11, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, a instituição passou a ser a responsável pela gestão dos hospitais universitários federais. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o

apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais.

A EBSEH integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), foram realizadas ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica e também de atuar na reestruturação do quadro de recursos humanos das unidades.

O hospital em estudo tem como missão desenvolver a assistência em saúde com eficiência, qualidade e segurança e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão. A visão é ser reconhecido, em 2018, como hospital universitário de excelência. Seus valores são: ética, respeito e transparência; comprometimento com o ensino; produção de conhecimento; profissionalismo; humanização; responsabilidade socioambiental, patrimonial e econômica, equidade e humanização. E o seu negócio está ligado a assistência à saúde no âmbito do SUS, com ênfase na atenção especializada, formação de recursos humanos e produção de conhecimento em saúde.

Segundo dados do CNES (2018) a instituição porta-se de 4 leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal Canguru, 10 leitos de isolamento, 11 leitos de UTI pediátrica tipo II, 10 leitos de UTI coronariana tipo II, 10 leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal convencional, 17 leitos de UTI neonatal tipo II e 41 leitos de UTI adulto tipo II, todos leitos SUS.

A escolha do local foi influenciada por algumas particularidades que a prática da terapia intensiva neonatal oferece, principalmente na inserção de mais um sujeito no cuidado ao recém-nascido, a mãe e o pai, os quais têm o direito de permanência por 24 horas dentro da unidade. Além disso, o fato de se tratar de um setor fechado, que

demanda maior contato profissional, exige um saber especializado para a execução de práticas bem determinadas e direcionadas.

Nesse contexto, foram entrevistados 08 participantes das categorias profissionais: médica, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, com cargas horárias de trabalho distintas, ocupando cargos de profissionais horizontais, plantonista, gestores e assistência. Uma pessoa recusou-se a participar do estudo, referindo-se não ter tempo e disponibilidade para responder às perguntas do questionário. As participantes foram identificadas como E1, E2... até E8, conforme a realização das entrevistas, a fim de se garantir o anonimato.

Os participantes são predominantemente do sexo feminino e com uma idade média de 34,5 anos. Todas possuem uma pós graduação na área neointensivista, sendo que a técnica de enfermagem possui graduação em enfermagem e pós graduação em enfermagem obstétrica.

A média de experiência na área da saúde foi de 10,6 anos, enquanto o tempo de experiência em terapia intensiva neonatal foi de 9 anos. As participantes que tem o maior tempo de trabalho na UTIN possuem Regime Jurídico da União (RJU), sendo que as demais participantes são regidas pela Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) vinculados à EBSERH. Todas trabalham no período diurno, sendo a média da jornada de trabalho semanal na instituição de 29,5 horas. Todos os profissionais de enfermagem entrevistados possuem apenas esse emprego. Uma das médicas entrevistadas trabalha em 3 empregos, perfazendo um total de 40 horas, entretanto, a profissional que faz a maior jornada de trabalho semanal total é a fonoaudióloga, totalizando 60 horas semanais em 2 empregos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente, aqueles com atuação maior ou igual a 1 ano em UTIN, não

estarem de férias e concordarem em participar da pesquisa. Optou-se por delimitar o tempo mínimo de atuação na UTIN, pois quanto maior o tempo de inserção do ator em seu cotidiano de trabalho, maior a possibilidade desse compartilhar em seus discursos situações relacionadas às práticas sociais do local.

4.3 Coletas e Análise dos Dados

A técnica de coleta de dados utilizada no estudo foi a entrevista de roteiro semiestruturado, dividido em duas partes: uma destinada à caracterização sociodemográfica dos participantes e a outra parte destinada à abordagem das relações cotidianas que têm como característica questionamentos básicos que são alicerçados em teorias e hipóteses que relacionam o tema da pesquisa (APENDICE A).

As entrevistas foram realizadas entre 19/02/2018 a 19/04/2018, de segunda a sexta-feira, nos turnos diurnos, e de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A opção pelo turno citado foi de acordo com a disponibilidade de coleta do pesquisador. As conversas foram gravadas e escutadas exaustivamente, buscando compreender, por meio dos relatos, os discursos recorrentes nas diferentes categorias profissionais na organização de seus cotidianos de trabalho. Posteriormente, elas foram transcritas na íntegra, com o auxílio de um aluno bolsista sob orientação e supervisão do pesquisador, para análise e interpretação dos discursos constituídos, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações. O tempo de entrevista variou de 10 minutos e 55 segundos a 40 minutos e 19 segundos, sendo o tempo médio de 21 minutos e 11 segundos. Não houve nenhuma perda da amostra.

Os dados referentes às informações sociodemográficas foram organizados e analisados por meio do Programa Excel® e análise estatística simples, sendo os relatos analisados por meio da Análise de Discurso (AD).

Para analisar os discursos é necessário anteriormente recusar as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas, práticas bastante comuns quando se fala em fazer o estudo de um “discurso” (FISCHER, 2001). De acordo com Fairclough (2003) é no discurso que a ciência se reconhece enquanto prática e é por meio dele que afirmações se transformam em verdades. Os autores descrevem elementos provenientes da análise linguística de discurso, dentre esses, incluem-se os efeitos ideológicos que os discursos são capazes de criar, ou seja, dependendo da forma ou o que o enunciador fala, esse enunciado é capaz de persuadir o ouvinte.

Nesse contexto, os elementos estratégicos de persuasão nos discursos relacionam os conteúdos postos e pressupostos. Os conteúdos postos representam o que está presente no enunciado, enquanto o pressuposto advém da possibilidade do enunciador dizer algo implicitamente, recorrendo ao receptor, para que juntos, interpretem o enunciado, mas cuja a responsabilidade sobre o conteúdo interpretado seja apenas do receptor. O uso do silêncio sobre determinadas questões também pode ser elemento estratégico no discurso, uma vez que o omitido e silenciado possibilita os processos de significação (FAIRCLOUGH, 2003), já que uma dimensão do silêncio, não dito, remete-se ao caráter de incompletude da linguagem (ORLANDI, 1992, p.12).

Uma técnica bastante utilizada na compreensão dos discursos é a estratégia de persuasão. O pesquisador pode evidenciar por meio das estratégias de persuasão existentes nos discursos os modos de subjetivação “aprendidos no decorrer da vida dos atores sociais” (FARIA; LINHARES, 1993). Esses atores sociais aliam o que lhes é social e organizacionalmente permitido dizer e que traduz a visão de mundo da classe dominante e daqueles a quem ela delega poder. As quatro principais estratégias de persuasão identificadas são: a construção das personagens no discurso e sua relação com

as personagens efetivamente existentes; a seleção lexical, isto é, a escolha do vocabulário usado nos discursos; as relações entre os conteúdos explícitos e os implícitos, que possibilitam criar um efeito ideológico de sentido; e o silêncio sobre determinados temas, ou seja, aquilo que não é dito (FARIA; LINHARES, 1993).

Quanto à primeira estratégia, a construção das personagens, Faria e Linhares (1993) defendem que as personagens nunca são criadas casualmente, portanto, deve-se observar nos discursos as personagens criadas e as efetivamente existentes. Ao pesquisá-las, deve-se buscar evidenciar as relações existentes entre essas personagens. Kubo (2003) afirma que a criação de personagens indica os posicionamentos do enunciador. Para o autor, a estratégia de criação de personagens teria duas funções, a primeira seria a “actorialização” ou dramatização do exposto pelo discurso do enunciador, suas funções e papéis; e a segunda diria respeito à transferência de responsabilidade do enunciador para aquele a quem ele atribui seu discurso.

Quanto à seleção lexical, Faria e Linhares (1993) comentam que, muitas vezes, usam-se termos poucos comuns que substituem vocábulos populares, mais habituais, e que tendem a diferenciar o entrevistado das outras pessoas.

Já, no que se refere à terceira estratégia, as relações entre os conteúdos supostos e os pressupostos, Faria e Linhares (1993) observam que o posto corresponde ao que é dito no enunciado, sendo de exclusiva competência do locutor, que por seu intermédio garante a realização do discurso; as novas informações se encadeiam e o fazem progredir. Já o pressuposto possibilita ao locutor dizer implicitamente alguma coisa, recorrendo ao interlocutor para, juntos, interpretarem o que foi dito. O enunciador busca apoiar-se no interlocutor para a construção e reconstrução dos sentidos que ele não pode ou não quer explicitar. O explícito é aquilo que está evidente no enunciado. O locutor assume total responsabilidade pelo conteúdo. Os implícitos dependem de certa

interpretação do destinatário, podendo existir maior liberdade na interpretação no caso dos implícitos subentendidos, ou certo direcionamento para determinado sentido no caso dos implícitos pressupostos (DUCROT, 1987).

Por último, sobre a quarta estratégia de persuasão, o silêncio, Faria e Linhares (1993) afirmam que a omissão de temas tem como objetivo excluir temas indesejáveis a quem tem o poder da palavra. Para Kubo (2003), ela teria o papel de desviar a atenção do interlocutor, provocando um afastamento por meio do esquecimento ou apagamento da lembrança dos sentidos indesejáveis. Assim, sua função seria a de afastar-se do processo interdiscursivo, a fim de promover o apagamento ou esquecimento de determinados sentidos. Pode-se falar também da tentativa de apagar pontos obscuros, fatos omissos ou possíveis inconsistências do discurso do enunciador.

A análise conjunta dessas estratégias de persuasão permitem que os temas e figuras se desvelem para o pesquisador, evidenciando os elementos subjacentes aos percursos semânticos relacionados ao intradiscurso, bem como as oposições subjacentes entre os percursos semânticos referentes ao interdiscurso. A partir desses elementos é possível caracterizar o discurso ou os discursos manifestados nas fontes textuais, escritas ou não, e situar o texto num espaço e campo discursivo. Por esse caminho compreendem-se aspectos relacionados ao texto, como os interesses ou sentidos que permeiam certas relações e posturas, antes ocultos na complexidade das construções discursivas e dos seus rebatimentos em qualquer plano de produção (FARIA; LINHARES, 1993).

O discurso abrange duas dimensões, integradas e complementares: por um lado, o intradiscurso, que organiza-se em um conjunto, uma trajetória de sentidos que se desenvolve ao longo do texto; e o interdiscurso, constituindo-se de outros discursos (FARIA, 2001). Dessa forma, optou-se no presente estudo em utilizar esses elementos

na análise do discurso dos profissionais de saúde envolvidos no cotidiano da terapia intensiva neonatal.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Esse projeto de pesquisa é parte de um estudo maior, nesse mesmo cenário, intitulado “Vivências sobre o cuidado de recém-nascido pré-termo para familiares e para a equipe multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva”. Esse foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos (COEP/UFMG) sob o parecer: 1.949.051/2017 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética do HC-UFMG. O presente estudo, um adendo ao projeto supracitado, foi aprovado pelo parecer nº 2.272.134/2017 (ANEXO 2).

Ambos estudos respeitaram os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolvem pesquisas com seres humanos conforme Resolução CNS nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). No transcorrer da coleta de dados, durante o início de cada entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) aos participantes da pesquisa. Os dados foram coletados mediante esclarecimento sobre a pesquisa, leitura e assinatura do termo.

5 – A guisa de analisar as relações de poder no cotidiano da UTIN: da necessidade da disciplina e do controle à imprescindibilidade do trabalho em equipe.

A partir de uma análise dos discursos apresentados, nos intradiscursos existentes, optou-se por seguir o percurso semântico que refere-se *às relações de poder configuradas nos discursos dos profissionais em seu cotidiano de trabalho*. Esse percurso semântico foi subdividido em três percursos temáticos: *as práticas de poder*

no cotidiano da UTIN; o poder como hierarquia e necessidade do controle, e as relações de poder na UTIN. Essas temáticas, assim como outras encontradas, compõem e configuram o cotidiano de trabalho dos profissionais entrevistados. Esse recorte foi necessário mediante os limitantes de tempo dessa dissertação, optando-se por uma análise mais aprofundada e focalizada desses itens e não apenas a apresentação e descrição de muitos percursos temáticos.

No delineamento e análise do percurso semântico apresentado nos discursos foram identificados os personagens mobilizados pelos enunciadores e a seleção lexical. Para Faria e Linhares (1993), o personagem discursivo é a voz que o locutor utiliza para identificar-se ou não com o ponto de vista apresentado, enquanto a seleção lexical é o uso de uma linguagem pouca habitual no cotidiano com o intuito de ser argumentativo. Ambas estratégias discursivas fazem parte daquilo que é socialmente colocado para ser dito e que materializa um certo ponto de vista sobre o mundo construído e determinado a partir do processo de aprendizagem e das relações sociais (FARIA; LINHARES, 1993)

A estratégia discursiva de seleção lexical faz parte do intradiscorso, sendo a escolha do vocabulário, sua disposição textual e o emprego de determinadas figuras de linguagem, um importante elemento de análise (ARRUDA; FARIA, 2009). A seleção lexical dos discursos apresentados pelos participantes mostrou-se diversificada tanto nos aspectos gramaticais quanto no seu conteúdo científico, e utilização de hipérboles, metáforas, ironias, metonímias. A ironia nos discursos é percebida pela utilização de palavras no diminutivo com sentido depreciador. Como pode ser observado nos trechos abaixo:

*[...] pode dar o seu **pitizinho** na hora que tá **estressadinho**. (negrito do autor) (E4)*

[...] quando acontece uma **emergenciazinha** assim em cima da hora, é de insuma necessidade da unidade então eu tenho que me disponibilizar pra isso (negrito do autor) (E3)

Encher saco é: Pegar na papeleta, **sumir com ela...** eu num sei o quê que tem naquele horário porque, **eu não sou robô , né(?)** [...] Então, encher o meu saco é isso, **né(?)** :: [...] **É tanto que** eu chego, pego a papeleta:: o que eu faço é tirar o que é/diz respeito a eles:: pra eles **nem mexerem nos meus trem.** (negrito do autor) (E2)

[...] foi levar ele para dentro para reanimação, ela chegou em um momento crítico, ela queria intubar esse **nenezinho** (negrito do autor) (E4)

Os discursos possuem vocábulos que transitam de uma linguagem coloquial para a técnico-científico, com traços de infantilização, estratégia de comunicação comumente utilizada por profissionais que trabalham com crianças, mesmo em outras áreas, para demonstrar afinidade ou afetividade com o assunto exposto. Para Carvalho e Veríssimo (2011), o uso de palavras no diminutivo por trabalhadores da saúde é frequente quando se trata de assuntos relativos à criança e, embora muitos possam referir que o fazem por tratar-se de uma maneira carinhosa, deve-se atentar para a possibilidade de se configurar numa diferenciação, que coloca o outro como “menor”.

Percebe-se frequente utilização da partícula “**né?**” pelos enunciadores. Infere-se que o sujeito sabe que o outro, o entrevistador, é um enfermeiro, e assim um profissional de saúde como eles, que deverá ter um saber semelhante ao seu, compartilhando, assim, diversos elementos do saber científico da mesma área. As formações imaginárias que o sujeito faz de si e do outro contribuem para que a ideia de compartilhamento seja desejada e assim ocorre à busca do convencimento do outro sobre o que é dito (ORTIZ, 2004). Ortiz (2004) destaca ainda que o uso do **né** visa mostrar esse compartilhar profissional e ao mesmo tempo impedir uma recusa potencial pelo outro da ideia exposta, fazendo crer na existência de uma homogeneidade entre os saberes. Assim, a forma **né** tem o efeito de mostrar que há uma concordância entre o entrevistador e o entrevistado sobre o assunto exposto. Alguns discursos abaixo mostram essa inferência.

*[...] muitas pessoas acham que essa humanização é voltada somente para o paciente, e a gente esquece o outro lado **né?** (negrito do autor) (E3)*

*[...] é uma coisa que me chama muito a atenção porque é muito diferente dos outros lugares que eu já trabalhei, e agente tende a comparar **né?** (negrito do autor) (E7)*

*[...] eu busquei esse saber do enfermeiro pra melhorar a minha qualidade na assistência, **né?** (negrito do autor) (E2)*

Nesse mesmo sentido de compartilhamento há a utilização do pronome pessoal de primeira pessoa no plural “nós” e sua forma coloquial “a gente”, em vários momentos dos discursos, ora mostrando identificação com o entrevistador, colocando-o como profissional de saúde, ora integrando-se como parte da UTIN e das situações relatadas, transmitindo assim efeitos de subjetividade em sua fala.

*[...] muitas vezes, **a gente** tem problemas relacionados à temperatura, por exemplo, o bebê está hipotérmico e eles querem, os médicos querem cateterizar, enfim, fazer procedimentos, e muitas vezes, a hipotermia não é a melhor opção. (negrito do autor) (E5)*

*Eu acho::: que é uma profissão **né(?)**... é um profissional que faz diferença dentro do setor da NEOnatologia no sentido de refinamento de cuidado... então **a gente** consegue ter uma visão mais... detalhada do ponto de vista simétrico funcional, respiratório e motor dos recém nascidos. [...] um detalhe pode fazer muita diferença no sentido de sangramento cerebral... **né(?)** ... é ... isso vai comprometer o neurodesenvolvimento e até a... **né (?)** (negrito do autor) (E7)*

*No momento a coordenação médica que **nós** temos é uma coordenação mais flexível tá? (negrito do autor) (E3)*

*[...] e espaço para a nossa demanda **nós** estamos com pouco espaço, **nós** precisaríamos de mais leitos. (negrito do autor) (E1).*

*Lógico que não é o que **nós** gostaríamos de estar, eu acho que isso é o tempo sabe? (negrito do autor) (E3)*

*Então toda a **minha** formação foi feita aqui, então aqui foi **minha** escola, foi **minha** residência (negrito do autor) (E4)*

Infere-se também que o uso do “nós”, “a gente” e “minha” pelos profissionais exprime um sentimento de pertença ao setor e a profissão, bem como buscam mostrar seu valor “profissional” baseado em seu saber técnico científico e nas práticas que realizam.

Os personagens discursivos, existentes ou não na realidade, assinalam posicionamentos dos enunciadores, sendo atores de situações externadas bem como assumindo a responsabilidade de certas ações e ideias apresentadas. Os personagens apresentados performam de forma positiva ou negativa a forma como os enunciadores veem os processos de trabalho da unidade bem como a gestão, seja do cuidado, da unidade ou do hospital.

A coordenação é colocada como aquela que deveria ser o ator principal para modular as relações e ordenar as condutas, bem como tem seu papel disciplinar legitimado, pontuado como “educativo” e não punitivo.

*[...] **coordenação** para dar alguma orientação, um feedback, ou fazer uma reunião com a equipe toda sem colocar nomes, quem foi quem num foi [...] Mas como uma coisa educativa, né.. eu não vejo muito acontecer isso [...] (negrito do autor) (E1)*

*[...] a **coordenação** tem bastante dificuldade de lidar com alguns profissionais ali da área. (negrito do autor) (E6)*

Os personagens, médico e enfermagem, personificam conflitos cotidianos de superlotação e falta de recurso da unidade. O personagem médico assume o papel de alguém que ordena e decide sobre o processo de admissão, enquanto a enfermagem, seria responsável por barrar esse processo, demonstrando resistência e sendo responsabilizada pelos conflitos. O sindicato foi citado como aquele que externo a esse processo de trabalho poderia intervir para resolver o problema, entretanto, até esse é impotente frente a situação enfrentada, que deveria ser “resolvida” pelos próprios profissionais.

*[...] **médico** chega e comunica que vai nascer um menino. Porque normalmente o **médico** comunica: vai nascer::: porque a gente está lá na obstetrícia, e a **enfermagem** é que muitas vezes coloca muito empecilho: ah mas num tem jeito, mas num tem isso[...] Mas no final das contas vai, e antes de colocar lá, cria esse atrito::: vou chamar o **sindicato**, vou chamar num sei quem [...] e::: não é o **sindicato** que vai resolver isso, né? (negrito do autor) (E1)*

Os personagens categoria e profissionais foram utilizados para descrever as dificuldades relacionais e de resolução de conflitos dentro da unidade, sem culpabilização de nenhuma categoria especificamente, deixando claro que estas existem entre “categorias” que seriam os agrupamentos maiores, mas também pontualmente entre profissionais, individualizando as condutas.

*[...] tem **categoria** que é muito difícil pra poder entender que existe conflito é... eles vivenciam ele mas não gostam de relatar, escondem, e acaba a gente não conseguindo intervir da melhor forma possível e aí quando você vai ficar sabendo já deu problema, já evoluiu. Algumas outras **categorias** e alguns outros **profissionais** eles conseguem já perceber o conflito, comunicar imediatamente pra gente poder intervir. (negrito do autor) (E3)*

O residente apresenta-se como personagem em várias enunciações relacionadas a questões de ordenação do processo de trabalho, divisão da carga de trabalho, relações interprofissionais bem como aqueles relacionados a preceptoria e falhas de condutas.

*[...] os **residentes** vão fazer as prescrições e a gente confere as prescrições [...] **grupo de residentes**, aí o início é mais tumultuado, com a chegada deles e tal, depois assim, igual esse grupo agora, ótimas meninas, uma semana assim já se adaptaram. (negrito do autor) (E4)*

*Troca uma turma de **residentes** muda tudo, ah esse residente num quer fazer isso, uai, eu acho que precisa é ter mais hierarquia [...] (negrito do autor) (E1)*

O personagem hospital representa a gestão que falha pela falta de itens assistenciais e que os processos de trabalho sem reconhecê-los.

*[...] o **hospital** num tá muito bom das pernas, é...falta até medicamento , as vezes cê num tem sulfato ferros [...] Já fizemos de tudo, já atravessamos a rua pra comprar, algumas vezes já foi pedido pra mãe comprar, outras vezes já recebemos doação [...] (negrito do autor) (E1)*

*[...] o **hospital** ele também marca muitas reuniões em cima da hora, sabe? Assim de mandar mensagem pra você no domingo noite pra você ta aqui de manhã 7 horas na segunda [...] o **hospital** ainda não consegue ver que neonatologia não é pediatria né? É... é a questão da sensibilização. (negrito do autor) (E3)*

O personagem “Sofia” emergiu no discurso abaixo referindo-se ao Hospital Sofia Feldman, que é uma instituição filantrópica pertencente à Fundação de Assistência

Integral à Saúde – FAIS, com todos os seus leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), especializado na atenção à saúde da mulher e da criança no período perinatal, sendo definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como referência para os Distritos Sanitários Norte e Nordeste. Mesmo não fazendo parte do cenário interno de trabalho desses profissionais possui uma relação direta com o cotidiano de trabalho deles. Esse personagem relaciona-se com o personagem superlotação como responsáveis pelas dificuldades enfrentadas pelo setor e seus profissionais.

*[...] a crise lá do **Sofia**, muitas mães não querem ir para lá, por mais que orienta, fala que lá está tendo os partos normalmente, as mães não estão querendo ir, a aí os bebês estão vindo praticamente tudo para cá, as outras maternidades deve estar passando pela mesma coisa, e a superlotação está dificultando bastante o trabalho nosso. (negrito do autor) (E3)*

Os personagens Menino, bebe e RN aparecem nos discursos em sua maioria no masculino e acompanhado de expressões de linguagem que remetem condolência do profissional frente a condição desse. Ele também é referido como paciente, relacionando essa situação ao seu quadro clínico frequentemente caracterizado como crônicos, mal formado, agudo, o que permite inferência quanto a gravidade dos casos dos RN que são objeto do cuidado dos profissionais que ali se encontram.

*[...] **menino** tranquilo que tava em ar ambiente, que não tinha nada, mas era cardiopata, que é uma bombinha e porá. Ou então era um **menino** que tava tranquilo, mas ia pro bloco e...ia voltar numa situação crítica [...] Ou era um menino que tinha que passar sonda vesical de alívio de três em três horas [...] o **bebê** pode ter duas visitas por dia, se a mãe mora longe, se tiver algum problema a gente libera mais visitas sabe? (negrito do autor) (E3)*

*[...] os **meninos** são crônicos né(?), esses mal formado são crônico, são agudo na primeira/na primeira hora de vida/nos primeiros dias de vida , depois ele é crônico [...] o **menino** eu acho que já tem 2 meses [...] eles não são tão **RNs** assim, são mais de um CTI pediátrico do que NEO porque eles crescem e num vai pra lugar nenhum, fica aí [...] (negrito do autor) (E2)*

Os pais e família foram citados para mencionar questões relacionadas à aceitação do seu filho, renda e a inserção destes no cuidado ao recém-nascido.

*[...] o **pai** e a **mãe** que aceita o que o bebê é::: a relação é muito melhor [...] o **pai** vem com essas 7 pedras na mão eu trato eles com frieza [...] **pai** ríspido ou esse que é mais amoroso [...] os **pais** são mais dócil, mais amáveis, aceitam mais as pessoas [...] entendeu? E quando o filho é::: coisa, eles fica todo arredo. (negrito do autor) (E2)*

*[...] elas tem uma "FRAGILIDADE" muito grande... pelo ... pelo do paciente e pelo perfil da **família** que são pessoas na maior parte de baixa renda. (negrito do autor) (E7)*

*[...] existem aqueles **pais** que são mais difíceis [...] os **pais** podem ficar aqui 24 horas por dia, e eles ficam e a gente insere os **pais** no cuidado. (negrito do autor) (E6)*

O personagem enfermeiro foi mencionado de 3 formas nos discursos abaixo, sendo elas, enfermeiro coordenador, gestor, e assistencial, que englobam as funções que ele exerce na unidade. O personagem enfermeiro é colocado como não é resolutivo, embora focado e com algum saber, mas que deve prestar assistência aos pacientes mais graves assim como ditar as regras de trabalho dentro da UTIN, deixando sua dimensão de trabalho gerencial em segundo plano, pois irá tratar de algo “não beira-leito”.

*O **enfermeiro** não resolveu [...] o **enfermeiro** que é coordenador, o **enfermeiro** que é gestor e o **enfermeiro** que é assistencial né? [...] o **enfermeiro** aqui tem que ser assistencial [...] tem que focar mais na assistência, não totalmente na gerência. (negrito do autor) (E2)*

*[...] **enfermeiro** assistencial fique com os pacientes mais graves da unidade. (negrito do autor) (E5)*

*[...] ela [a regra] tem que ser ditada "PELO **ENFERMEIRO**" ele manipula, juntamente com o médico, ele vai fazer a avaliação em seguida o **enfermeiro** manipula [...] um enfermeiro, ele tem que ser capaz de manipular um respirador, ele tem que ser capaz de aspirar, isso inclusive é função dele [...] e ele desconhece isso na maioria das vezes [...] ou desconhece eu prefere delegar esse serviço como sendo do fisioterapeuta. (negrito do autor) (E7)*

*O **enfermeiro** assistencial ele fica ali à beira leito por conta do paciente, ele pode discutir com o médico em relação a tudo que vai acontecer com aquele bebê, ele tem essa governabilidade, não precisa passar pelo gestor, agora, se tiver que organizar alguma coisa além dali do leito, quem organiza é o gestor, tipo assim, organizar o transporte. (negrito do autor) (E6)*

O serviço de psicologia como personagem é considerado falho/fraco, mas também como aquele que tem o maior preparo para lidar com situações vivenciadas dentro da unidade, dificultando que o setor preste uma assistência melhor.

*[...] o **serviço de psicologia** do hospital falha [...] é, eles tem um preparo né? Nenhum de nós, né? [...] ta preparado pra isso [...] e eu acho que **serviço de psicologia** tá fraco e tá. (negrito do autor) (E2)*

Os personagens mobilizados no discurso “coordenação, médico, enfermagem, sindicato, categoria, profissionais, residentes, hospital, Sofia, menino, bebe, RN, pai, mãe, família, enfermeiro, serviço de psicologia” como estratégia argumentativa de persuasão conformaram o percurso semântico das relações de poder configuradas nos discursos dos profissionais em seu cotidiano de trabalho.

Os profissionais individualmente ou em categorias, assim como os residentes, instituições externas e serviços internos do hospital são responsabilizados nos discursos por entraves ao trabalho, pela fragmentação dos processos de trabalho, bem como propiciar conflitos entre os profissionais de saúde que ali convivem e compartilham do mesmo objeto de trabalho cotidianamente.

Alguns temas também foram elucidados, tais como a hierarquia, que emergiu como aquele que é falho, pois deveria impor as regras, e da sua falha decorrem a desorganização do serviço e o descontrole das maneiras de fazer na unidade que repercutem na qualidade da assistência.

*[...] a **hierarquia** aqui é, um pouco, é "FALHA" [...] é a primeira vez como concursada [...] o fato de estar aqui como concursada, no geral me dá uma certa tranquilidade de fazer as coisas do jeito que eu quero.....isso eu vejo muito aqui, e eu acho isso muito prejudicial pra assistência. **Porque onde você tem hierarquia você tem uma pessoa que dita as regras e as demais cumprem... onde isso não acontece a gente não consegue organizar o serviço.** (negrito do autor) (E7)*

Os materiais, a superlotação e a escala foram temas que performaram enunciações sobre a qualidade da assistência a ser realizada além de serem considerados responsáveis pelo estresse da equipe e do ambiente de trabalho, fatores que geram insatisfações com e no trabalho.

*[...] **material**, assim, tecnologia mesmo, então às vezes, a gente tem algumas faltas e tudo, e isso estressa também [...] não pode ficar muito cheio que vai faltar oxigênio na parede etc. [...] **escala**, que tem até pessoal, pelo menos, médicos, enfermeiro eu não sei, mas mal distribuído. Então chega um fim de semana a gente fica muito sobrecarregado, e por exemplo, dia de semana [...] fica ótimo, fica bem suave, no fim de semana a gente fica em dois, três para tudo. Então eu fico muito estressada, no fim de semana. (negrito do autor) (E4)*

*[...] a falta de **material** está enorme [...] E está bem difícil, e **superlotação**, não tem **material**, não tem equipamento para todos os bebês, as condições da assistência fica prejudicada. (negrito do autor) (E6)*

A humanização e equipe foram citados como temas que influenciam as relações e a assistência. Observa-se que no primeiro discurso o personagem humanização é retratado como uma ação que deveria ser exercida não apenas para o paciente, mas também para a equipe.

*A **humanização**, quando a gente fala sobre a **humanização** da em todo lugar na saúde pública, muitas pessoas acham que essa **humanização** é voltada somente para o paciente, e a gente esquece o outro lado né? (negrito do autor) (E3)*

*[...] **Humanização**, tem que ser às vezes, uma pequena coisinha ali é importante para os pais [...] a **humanização** ela é importante desde o início até na hora de ir embora, que se conseguir fazer tudo de forma humanizada a internação vai ser menos sofrida para esses pais e para o bebê que está aqui [...] (negrito do autor) (E6)*

O tema comunicação emergiu como responsável por falhas na assistência e no trabalho em equipe.

*[...] **comunicação** sim, porque::: porque o médico passa [passagem de plantão] pro médico, o enfermeiro pro enfermeiro, o fisio pro fisio, o técnico pro técnico, cabo! Não uai, eu não achava que deveria ser assim [...] (negrito do autor) (E2)*

***Comunicação**, a **comunicação** aqui é muito ruim, ou às vezes, uma informação que é importante para a equipe, para toda a equipe assim, multidisciplinar, não chega em todo mundo, e aí não sei. Para melhorar, o começo, para melhorar tudo, seria uma comunicação efetiva. (negrito do autor) (E6)*

Os temas Educação Continuada e Preparação da Equipe performaram elementos considerados fundamentais para prestar assistência para o recém-nascido e a família que são reforçados pelo interdiscurso da personagem Enfermeira do PA. O enfermeiro do

PA traz então o empoderamento visto como algo direcionado àquele profissional que detém de saberes em seu cotidiano de trabalho e que terá atitudes decorrentes desse.

[...] ah::: educação continuada, a::: preparação da equipe enquanto saber, né? o/outro dia eu tava conversando com um enfermeiro lá de baixo, do PA, e a tese de mestrado dela é sobre o empoderamento [...] ela falou assim: “Ó antes disso tudo nós chegamos a conclusão de que o empoderamento é quando a pessoa entende e tem um preparo educacional praquilo que ela tá fazendo [...] e o empoderamento leva a atitude”entendeu? (negrito do autor) (E2)

Os temas “materiais, superlotação, escala, humanização, comunicação, educação continuada, preparação da equipe” deixam pistas sobre processos sob governabilidade, seja parcial ou total, dos profissionais que ali estão no setor, mas que apesar de estarem presentes no discurso como intervenientes do cotidiano de trabalho, ainda não foram reconhecidos, e talvez por isso pensados e efetuados ações corretivas em relação a eles.

Infere-se que esses também são empecilhos ao trabalho em equipe diretriz para uma assistência de qualidade. O primeiro passo para as mudanças nas práticas sociais é compreender suas possibilidades de atuação nas situações que parecem ser paralisantes ou “impossíveis” de serem modificadas devido aos discursos hegemônicos que fazem a manutenção do controle das situações por meio da minimização das possibilidades de se resistir ao posto, ou seja das forças de resistência que permitem a circularidade do poder (FOUCAULT, 2004).

5.1 As práticas de poder no cotidiano da UTIN

O poder é uma prática social constituída historicamente, heterogênea e está em constante transformação. Isto é, o poder está por toda parte e provoca ações e uma relação flutuante, não estando em uma instituição nem em ninguém, mas nas relações sociais existentes, sendo portanto, ações sobre ações (FOUCAULT, 1979).

Nessa perspectiva, as práticas dos profissionais no cotidiano da UTIN baseiam-se em um contrato de condutas marcadas por uma rotina normalizada pela instituição onde estão inseridos, mas também por experiências de trabalho em outras instituições de saúde e legislações específicas da unidade neonatal, com cuidados básicos a serem realizados e maneiras de ser esperadas pela categoria profissional que fazem parte. Nesse sentido, pressupõe-se um processo de trabalho organizado no cotidiano da unidade, mecanizado e controlado que se conforma em torno da passagem de plantão, das prescrições médicas e dos cuidados a serem realizados com os bebês. Dispositivos esses que conformam a prática cotidiana por serem passíveis de controle, seja pela vigilância hierárquica ou pelos pares, pela sanção normalizadora dos procedimentos operacionais padrão, seja exame por meio dos vários processos de auditoria que existem nas instituições hospitalares advindas da certificação de qualidade assistencial.

A prescrição médica, como um dispositivo de poder nas relações cotidianas dos profissionais, controlando comportamentos, as formas de condução dos processos de trabalhos, bem como o saber sobre o corpo doente do RN. Pressupõem-se a existência de situações conflitantes bem como sua imprescindibilidade para realização das condutas, sendo o cuidado normatizado por esse instrumento. Peixoto e Brito (2015) afirmam que as prescrições, bem como protocolos legitimam as práticas e regulam as relações de poder. Araújo e Uchôa (2011) referem haver muita tensão quando a questão envolvia a prescrição de medicamentos.

*[...] Tá, eu chego, **pego plantão** né(?) [...] escuto a história dos RNs , né(?) [...] se eu ainda não os conheço. Pego os impres::: é ::: coloco, organizo ali né(?) a minha, papeleta, né(?) e coloco lá as **prescrição** antigas pros médico não ENCHER MEU SACO. Detesto começar/parar [...] Primeira coisa eu olho os dados do neném né(?) eu pego um, um paciente por vez. (negrito do autor) (E2)*

***Eu chego** e aí eu vou olhar [...] eu checo se está tudo certo, **de acordo com o que eu recebi o plantão**, e aí depois disso eu pego a **prescrição médica** e vou olhando, vendo o que eu preciso fazer nele período, quais são as atividades*

que eu vou ter que fazer para poder me organizar. [...] E é basicamente isso. A gente tem que evoluir os pacientes no sistema. (negrito do autor) (E5)

A prescrição médica possui sua função de verdade, sendo instrumento de manutenção da hegemonia do saber da medicina no cuidado do RN, sendo silenciada a presença da prescrição de outros profissionais. Entretanto, o fato dessa ser conferida demonstra sua possibilidade de ser questionada, ou seja, desse saber ser questionado enquanto verdade, o que aponta uma forma de resistência a esse saber tipo de saber como verdade.

As auditorias nos hospitais ganharam espaço com o advento das certificações de qualidade e a legitimidade com o discurso das políticas de segurança do paciente. Os processos de auditoria permitem a identificação de erros operacionais, estruturais e de gestão de pessoas, ou seja dos pontos críticos, o que permitiria a correção dos erros, por meio de estratégias, para manutenção e garantia de qualidade assistencial.

Segundo Manzo, Brito e Corrêa (2012) o processo de acreditação dentro de uma instituição hospitalar promove o incremento da melhoria das condições de trabalho pela segurança adquirida, bem como proporciona a estabilidade do clima organizacional entre os profissionais de saúde, além de proporcionar o fortalecimento das relações humanas. Nesse sentido, essa melhoria nas condições de trabalho favorece a relação de crescimento, de entusiasmo e de prazer dos funcionários, gerando motivação para vivenciar futuras experiências e desenvolver o trabalho de maneira eficiente, com qualidade, em um ambiente de contentamento e bem-estar.

O dispositivo passagem de plantão é rotineiramente realizada em todas as unidades de internações como um momento em que ocorre a transferência de responsabilidades sobre aqueles pacientes para os outros profissionais que continuarão o cuidado. Esse anteriormente realizado oralmente passou, ao longo dos últimos anos, a ser feito por escrito, em impressões criadas pelos próprios setores, cada um com sua

conformação. Esse escrito permite identificar a veracidade das informações que foram passadas ou não pelos que estavam no plantão e por aqueles que o irão receber, uma vez que há a possibilidade de comparação do descrito com a realidade, ou seja, confirmação dos fatos. E assim como a prescrição normatizam as condutas cotidianas fazendo a manutenção da rotina, do que é padrão.

*[...] eu chego, tem a **passagem de plantão, demora em torno de 30, até 40 minutos**, aí a gente socializa um pouquinho, entra para a unidade, aí a gente divide os pacientes (...) aí eu examino os pacientes [...] com os residentes, depois a gente senta com o horizontal, discute os casos todos, aí [...] os Residentes vão **fazer as prescrições e a gente confere as prescrições**. (negrito do autor) (E4)*

*[...] pego o plantão da colega, **faço uma corrida**, é... normalmente eu começo pela enfermaria canguru. Como existe **uma rotina dentro da unidade**, eu tento respeitar a rotina. Seguindo o horário próximo a dieta, então eu tento priorizar os bebês que é aleitamento materno, né, que eu dependo só da mãe, não dependo da dieta do lactário... e aí eu vou por aí. Se tem atendimento, se tem alojamento conjunto, eu priorizo esse também [...] **é raro, não é muito comum acontecer de mudar, normalmente a rotina**. (negrito do autor) (E8)*

A utilização de termos para a atividade de Passagem de plantão como “pegar plantão” e o *round* como “corro os leito; faço uma corrida; ronda no leito” no discurso dos profissionais, considerando sua importância para a transferência de cuidado no contexto da terapia intensiva, e da continuidade e manutenção da horizontalidade do cuidado explicita o tempo e a forma como esse deve ser feito, mas silencia a sua importância e necessidade para a eficiência do cuidado.

Segundo a Instrução de Trabalho Operacional (ITO) da instituição em estudo, a passagem de plantão tem como objetivo fornecer à equipe que assume o plantão informações relativas à evolução do estado de saúde dos pacientes e sobre o funcionamento da unidade, encaminhamentos, pendências, dentre outros, de forma a assegurar a continuidade da assistência de Enfermagem nas 24 horas do dia (UFMG, 2017).

O termo “pegar”, no seu sentido de dicionário como verbo transitivo direto e transitivo indireto significa “segurar; prender segurando” e enquanto verbo intransitivo “firmar-se, estabilizar-se, ter continuidade, começar a funcionar, dar a partida”, tais sentidos denotam que o plantão é algo que pega-se para si para fazer funcionar a partir dali, mas que coaduna com termo “cientificamente” utilizado de passagem de plantão, que seria o ponto de ligação e comunicação entre um plantão e outro. Trata-se de uma atividade formal, reconhecida institucionalmente, que visa relatar as ocorrências do plantão com o objetivo de dar continuidade à assistência de enfermagem nas 24 horas do dia (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

Ao relatar que o processo demora de 30 a 40 minutos, uma das participantes deixa explícito que considera esse tempo demasiado. No que diz respeito à sua duração, recomenda-se que a passagem de plantão seja realizada no menor tempo possível, conforme preconizado pela instituição. Para tanto, é uma exigência que se busque uma melhor organização e sistematização da atividade por parte do profissional que a coordena. Nota-se, contudo, que um maior tempo despendido na passagem de plantão está frequentemente relacionado à transmissão de informações desnecessárias (PEREIRA *et al.*, 2011).

A duração de uma passagem de plantão ou de turno pode variar entre 5 a 30 minutos, dependendo das características próprias de cada serviço. Dessa forma, a passagem de plantão acontece com o encontro das duas equipes de dois turnos de trabalho que se reúnem em média durante 15 minutos para a troca de informações (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

O SBAR foi mencionado como um método dessa passagem de plantão, caracterizado como um dispositivo de poder nas relações interpessoais no cotidiano da

UTIN. Observa-se que esse modelo é aplicado por algumas categorias profissionais, sendo utilizado por opção por parte de algumas categorias, não sendo algo normativo dentro da unidade.

*[...] a gente faz o **SBAR**, que é um método de passagem de plantão, que a gente passa todos os meninos. A gente fez **SBAR** do médio, do alto e do canguru, que também é responsabilidade da Neonatologia. A gente **relata tudo** que aconteceu com os meninos de **forma resumida para dar segmento para o próximo Enfermeiro que for pegar o plantão**. E aí depois só gerenciar as coisas que forem aparecer durante o plantão. A gente fala **SBAR**, o médico eles têm um passômetro também, o **SBAR** ele é um passômetro, o médico tem um deles, mas as informações são diferentes. (negrito do autor) (E6)*

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI - Instituto para o Desenvolvimento do Cuidado em Saúde) incentiva, desde 2007, os serviços de saúde a adotarem a ferramenta que é um acróstico para *Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)*, consistindo em um método de *briefing* que padroniza uma sequência de atuação, sendo, que em português significa (Situação – Antecedentes – Avaliação – Recomendações) (HAIG; SUTTON; WHITTINGTON, 2006; IHI, 2018). Essa técnica cria um modelo mental para a troca de informações e fornece uma estrutura para a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde sobre a condição de um paciente, o que permite que os profissionais antecipem os próximos passos (MELO; GOMES; NONATO; DANTAS, 2018).

A qualidade desse processo impacta diretamente na precisão das informações transmitidas e na continuidade das ações do cuidado. A atividade de passagem de plantão auxilia a organização e o planejamento de toda a equipe multiprofissional e para dar continuidade à assistência e às especificidades de cada paciente, é necessário um trabalho em equipe contínuo e coeso (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

Retomando uso dos termos “corro os leito; faço uma corrida; ronda no leito” no discurso dos profissionais que se refere aos rounds fica explícito no discurso duas

características deste: ser rápido e permitir vigilância. O termo “correr” no dicionário significa como verbo *intransitivo* “*imprimir grande velocidade ao deslocamento do corpo*”, “*deslocar-se no espaço velozmente*” e como verbo transitivo direto “percorrer (determinada distância, extensão) e *visitar*” o que explicita a ideia de que tem que se algo rápido mas pontual. Enquanto o termo ronda, como substantivo feminino, é definido como *substantivo feminino* “ação ou efeito de rondar, visita ou inspeção cujo intuito é manter a tranquilidade pública, inspeção para a verificação da ordem, da segurança de algo, busca minuciosa; diligência, serviço de vigilância noturna em cidades, em grandes espaços físicos” que confirmam seu papel como dispositivo de poder na função do exame da vigilância, bem como de manutenção da verdade.

O termo em inglês “*rounds*” utilizado mais recentemente no Brasil, trazido como proposta de inovação para a atividade culturalmente conhecida como “corrida de leitos”, fazendo parte das estratégias para a manutenção da qualidade assistencial e segurança do paciente, traz em seu significado traduzido como adjetivo “redondo”, como advérbio “em volta de, circularmente, ao redor de” o que exprimem o local onde esse deve ocorrer, ou seja, a beira-leito, ao redor do paciente” e podemos inferir o redondo como algo contínuo e fechado.

Os *Rounds* interdisciplinares, ou visita multidisciplinar à beira leito, devem, idealmente, reunir todos os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos em um momento do dia, para discutir seus pacientes, as ocorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo e pactuando decisões. Desde que bem estruturados e conduzidos, estes rounds melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de vários indicadores de qualidade (O’LEARY *et al.*, 2011).

Os *rounds* objetivam facilitar e otimizar o desenvolvimento de ações, assegurando metas e cuidados focados nas necessidades de cuidados de cada paciente. Esses encontros não devem ter por objetivo apresentar o quadro clínico dos pacientes diariamente para um novo grupo de profissionais, pois dessa forma se tornam encontros longos e improdutivos. Devem ter foco nas metas e plano terapêutico, averiguando que mudanças de rumo são necessárias. *Rounds* interdisciplinares estruturados melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de vários indicadores de qualidade (O'LEARY et al., 2011).

Em um estudo sobre a passagem de plantão de pacientes pediátricos, os profissionais de enfermagem percebem esse processo de trabalho como uma ferramenta essencial para a continuidade do cuidado ao paciente pediátrico, no qual compartilham informações, realizam avaliações e decidem sobre os seus desdobramentos, sendo importante a participação de forma efetiva de todos os membros da equipe de enfermagem (SILVA et al., 2016).

Diante da magnitude e da complexidade que envolve a segurança do paciente pediátrico, não basta que os profissionais de enfermagem se preocupem com a utilização de recursos tecnológicos e/ ou com o aprimoramento de técnicas, mas devem também estar atentos às habilidades e competências para realizar uma comunicação eficaz na passagem de plantão (SILVA et al., 2016).

Atualmente, muito tem se discutido sobre a importância de práticas seguras na prestação de cuidados em instituições de saúde como requisito fundamental para a qualidade das ações estabelecidas nestes ambientes. Ao questionar uma participante

sobre o que ela melhoraria dentro da UTIN, a comunicação efetiva foi algo explícito no discurso como forma para melhorar tudo.

*[...] Comunicação, a comunicação aqui é muito ruim, ou às vezes, uma informação que é importante para a equipe, para toda a equipe assim, multidisciplinar, não chega em todo mundo, e aí não sei. Para melhorar, o começo, para melhorar tudo, seria uma **comunicação efetiva**. (negrito do autor) (E6)*

A comunicação entre as equipes acontece a todo o momento. Entretanto, a mais importante, acontece no momento da troca de plantão, pois faz parte da rotina e é inerente ao cotidiano de diversas práticas profissionais. A partir do momento que começaram a surgir erros danosos em hospitais, em decorrência de falhas na comunicação, a OMS nomeou comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções que servissem de recurso para a prevenção dessas situações. O trabalho dessas comissões tornou evidente a importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos (BAGNASCO *et al.*, 2013).

Essas falhas nas transferências do cuidado geram desperdício de recursos e eventos adversos conduzindo dano ao paciente e como consequências os atrasos desnecessários no diagnóstico e tratamento dos pacientes, necessidade de repetição de exames, falha ou atraso de comunicação dos resultados dos exames, tratamento incorreto e erros de medicação (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017; OLIVEIRA; ROCHA, 2016). Quando as informações deixam de ser transmitidas, são passadas incorretamente ou são mal interpretadas, podem levar a um tratamento inadequado, causar danos para o paciente, prolongamento da internação e aumento dos custos hospitalares (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

Devido à complexidade dos cuidados da terapia intensiva neonatal, juntamente com as limitações inerentes ao desempenho humano, é extremamente importante que a equipe multidisciplinar tenha ferramentas de comunicação padronizadas e criem um ambiente em que os indivíduos possam falar e expressar preocupações. Quando uma equipe precisa transmitir informações complexas em um curto período de tempo, é útil a utilização de técnicas de comunicação estruturada para garantir a precisão da continuidade do cuidado (LENERT; SAKAGUCHI; WEIR, 2014).

O interdiscurso das certificações de qualidade e das políticas de segurança do paciente fizeram-se presentes como balizadores para a manutenção dos dispositivos de poder citados, incorrendo no profissional que a sua má conduta gera danos ao paciente e interfere na qualidade da assistência, servindo como mecanismo de coerção para estratégias de resistências. Uma vez que também o discurso da eficiência econômica das práticas de saúde encontram-se subentendidos nos discursos da Certificação de qualidade assistencial e segurança do paciente.

Nos discursos dos profissionais pressupõe-se que o enfermeiro tem um papel de normalizador e condutor de condutas, uma vez que muitos dos cuidados a serem dispensados ao RN demandam sua presença, atuação ou relato como pode ser observado nos discursos acima. Coadunando com esse papel ordenador do enfermeiro em seu cotidiano de trabalho, percebe-se no próprio discurso dos enfermeiros ditos que confirmam a sua postura frente a manutenção da ordem no cotidiano de trabalho, por meio da vigilância.

*[...] porque essa ordem [de atendimento] a meu ver, ela tem que ser ditada "PELO ENFERMEIRO" ele manipula, juntamente com o médico ele vai fazer a avaliação em seguida o enfermeiro manipula e em seguida eu entro pra fazer a afinação do atendimento [...] Eu chego, faço uma...**ronda no leito**, confiro o respirador, confiro o estado geral da criança que estão no suporte respiratório em seguida **me programo com os enfermeiros** pra ver qual vai ser a ordem de atendimento. (negrito do autor) (E7)*

[...] eu chego::: c[...] normalmente pergunto a enfermeira que tá no leito como que foram as últimas 12 hs do/do paciente que está no leito. (negrito do autor) (E1)

[...] e fiscalizar assim, não é fiscalizar, ajudar o Técnico ali, que a gente tem que estar do lado dele para segmento do serviço. (negrito do autor) (E6)

A disciplina utiliza-se de técnicas sempre minuciosas. Muitas vezes ínfimas, mas que têm importância vital, pois definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova microfísica do poder; desde o século XVII, não cessaram de ganhar cada vez mais espaços cobrindo o corpo social inteiro. Para Borenstein e Althoff (1999), no contexto de trabalho da enfermagem hospitalar, as minúcias fazem parte de sua prática cotidiano indo desde a simples prega feita ao arrumar o lençol de um leito, ou a forma como passa uma torunda em uma ferida operatória, até os olhares de aprovação ou reprovação das enfermeiras sobre conduta como forma de vestir, de andar, de comportar-se, de ser pontual ou não, de realizar seus procedimentos, seus registros. Todas as práticas ensinadas aos profissionais de enfermagem, seja no curso graduação ou técnico.

A divisão de trabalho da enfermagem em Enfermeiros e técnicos de enfermagem, balizada pela lei do exercício profissional n. 7498/86, regulamenta como privativas as atividades de direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; e consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem (BRASIL, 1986).

Tais atividades privativas, por si, conferem legitimidade a denominação de “Enfermeiro Supervisor” assumida em vários locais, tornando esse profissional responsável pela “supervisão” dos outros membros da equipe, bem como dos paciente sobre sua responsabilidade, decorrente do surgimento da administração como campo específico de saber e de prática na virada do século XIX para o início do século XX.

O termo supervisor tem sua origem na teoria científica da administração idealizada por Taylor. Para Taylor, o operário não tinha capacidade nem formação para analisar cientificamente seu trabalho e estabelecer, racionalmente, o método mais eficiente de trabalho, assim a gerência ficaria com o planejamento e a supervisão, enquanto o trabalhador ficaria com a execução apenas (CHIAVENATTO, 2011). Observa-se que os quatro princípios fundamentais da administração científica: princípio de planejamento, princípio de preparo dos trabalhadores, princípio de controle, princípio da execução por meio da distribuir as atribuições e responsabilidades para um disciplinado possível, o desenho de cargos e tarefas e a padronização com a supervisão funcional (CHIAVENATTO, 2011); estão presentes nas práticas da enfermagem como profissão.

Segundo Carvalho, Gama e Salimena (2017) o enfermeiro, em seu trabalho, possui uma série de responsabilidades e deveres para com a equipe de enfermagem, clientela e instituição em que atua e para isso ele se organiza através dos processos de trabalho de assistir, investigar, gerenciar e educar. Atualmente, é apontada como necessidade imprescindível para o trabalho do enfermeiro a integração do cuidar e gerenciar, numa perspectiva da melhoria da qualidade da assistência, e para isso pode-se dizer que a supervisão se encontra como chave para este caminho.

A supervisão em enfermagem é um elemento essencial para se adquirir qualidade da assistência à clientela. Ela oferece meios para organizar e avaliar o

trabalho e subsidia o processo de educação permanente. Assim, o enfermeiro deve aprimorar seus saberes científicos a respeito desta supervisão e procurar maneiras de colocá-la em prática em seu serviço de saúde (CARVALHO; GAMA; SALIMENA, 2017).

Considera-se relevante que a supervisão seja amplamente discutida nos serviços, no âmbito das gerências de enfermagem e dos gestores dos serviços, numa perspectiva articuladora, que favoreça a participação dos trabalhadores de enfermagem, requerendo a reestruturação dos processos de trabalho nas unidades em função das demandas. Desta forma, poderá ser palpável a necessidade de contratação e/ou redistribuição de enfermeiros, para que não haja sobrecarga e conseqüentemente desqualifique o processo da supervisão em enfermagem (CARVALHO; GAMA; SALIMENA, 2017).

O que torna esse profissional um excelente canal para o exercício das estratégias dos poderes hegemônicos para manutenção da ordem primada pela Biopolítica. O enfermeiro então é legitimado como aquele com a “supervisão” sobre seu cotidiano de atuação. Seria o enfermeiro também possível de ser entendido como um dispositivo de poder nesse cotidiano de terapia intensiva neonatal?

Nesse sentido, as práticas de poder do cotidiano de trabalho da UTIN são garantidas por vários dispositivos, sendo aqui apontados a prescrição médica, passagem de plantão, comunicação, os rounds e o enfermeiro, legitimados pelo interdiscurso da qualidade assistencial e segurança do paciente, reconhecidos internacional e nacionalmente, bem como na legislação profissional da enfermagem, com seu caráter regulamentador e normatizador apoiados nos princípios da administração, uma vez que os serviços de saúde são hoje reconhecidos como organizações.

5.2. O poder como hierarquia e necessidade do controle

Ao mencionar poder e relações de poder, os entrevistados trouxeram uma concepção de poder enquanto uma materialização da hierarquia, baseada na presença de normas e regras. Observa-se que a participante entende o conceito de poder como hierarquia, personificada em alguém que manda. Fica explícito nos discursos a necessidade de alguém que defina regras, normas, os lugares a serem ocupados pelos vários trabalhadores no cotidiano de trabalho.

(Pensa 12 segundos) Talvez a relação de poder mesmo, que tá faltando hierarquia... Quem realmente define::: porque é todo mundo achando que pode mandar, que pode resolver e que pode dar o seu pitizinho na hora que tá estressadinho, e aí falta o::: é assim que funciona é assim que vai funcionar! (Voz enfática) (...) Troca uma turma de residentes, muda tudo. Ah esse residente num quer fazer isso, uai eu acho que precisa é ter mais hierarquia e::: um uma coisa vinda de cima (Acena com a mão no sentido vertical). Gente é assim que aqui funciona, porque eu acho que é tudo muito solto.(...) [...] o problema é esse, tá pacífico demais, e em alguns casos pra num ferir egos né(?) “aí num vou falar, num sei, ah num foi tão grave assim” e não fala nada, deixa! E eu acho que tinha que falar sim. (negrito do autor) (E1)

A disciplina está ligada, segundo Foucault (1979), à docilização do corpo como objeto. O corpo que se manipula, molda, treina, obedece, responde e se torna hábil: a noção de “docilidade” que une ao corpo analisável o corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser transformado e aperfeiçoado. Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Não se trata de cuidar do corpo como se fosse uma unidade indissociável, mas de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de manter nele, mesmo no nível da mecânica: movimentos, gestos, atitudes, rapidez. O corpo é o lugar privilegiado de investimentos e conformação dos gestos e dos comportamentos (GONÇALVES, 2007).

Trata-se de um outro docilizado, dependente e vulnerável, outro que não é outro, mas pedaço do pedaço de um outro que quase esquece de sua alteridade, se é que a

percebe. Outro que, sem dúvida, não é passivo, e cuja resistência se faz sentir nas relações terapêuticas, tencionando o plano de constituição da "arte" do cuidar, que se constitui, então, como um plano em construção constante, no qual o estado de sujeição nunca se completa totalmente. Este outro resiste e se impõe, com seu saber-poder, ainda que em uma relação dissimétrica, mas na qual sua liberdade, como a entende Foucault (2004), nunca é completamente nula.

Segundo Costa e Padilha (2012) com a implantação da UTIN, o profissional de saúde foi se apropriando do corpo do recém-nascido, tornando este objeto de seu cuidado. Um corpo que não fala e não tem consciência e si. Foucault coloca que, ao controlar o corpo do doente, o profissional exerce um poder sobre o outro e que esta relação de poder deve ser entendida como produtiva, pois produz saber e constrói discursos (FOUCAULT, 2004). O conhecimento de aspectos biológicos e fisiológicos desses bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. As práticas de cuidado na UTI possibilitaram a operação de um saber científico sobre o corpo do recém-nascido, e este processo assemelha-se ao que ocorreu com outros desenvolvimentos da Clínica, é fruto do conhecimento parcelar e especializado (COSTA; PADILHA, 2012).

As características básicas do poder disciplinar, segundo Foucault (1979), são: a disciplina é um tipo de organização do espaço; a disciplina é um controle do tempo; a disciplina é uma vigilância contínua, perpétua, ilimitada; e a disciplina é o registro contínuo do saber. Para Foucault (1979), o exercício do poder disciplinar passa necessariamente pela prática social da hierarquização, onde as pessoas devem ser ordenadas de tal forma a promover a vigilância hierárquica.

Outro ponto relacionado ao poder disciplinar é a presença de um perfil de profissional e das estratégias do exame. Cada indivíduo é classificado e analisado, bem como sua conduta é avaliada. Assim, como as metáforas “uma casa sem dono, mão obra, mentalmente saudável, padrão fora da curva e os dois lados da moeda” permitem pistas de inferências sobre o cotidiano de trabalho e os trabalhadores ali inseridos, sendo que ocorre um diálogo interdiscursivo com os discursos capitalistas e da saúde do trabalhador, bem como matemático.

*[...] Não é minha responsabilidade abordar outro profissional, eu entendo que cada uma categoria profissional aqui dentro tem a quem reportar. [...] fica parecendo que é **uma casa sem dono sabe?**[...] profissional, você está aqui trabalhando eu preciso da sua **mão de obra**, mas eu preciso que você a pessoa sua esteja é... como eu posso dizer?... **mentalmente saudável** [...] tem os profissionais que ainda não tem essa habilidade que qualquer motivo que **saia do padrão da curva** ele já vem [...] a gente tem que ver **os dois lados da moeda**, eu não vou chegar perto de uma pessoa e vou simplesmente falar você fez tal, tal coisa errada sendo que eu não tenho noção de tudo [...] Eles vem e conversam comigo e eu apuro se aquilo é verídico ou não. Porque quem conhece melhor a equipe do que o coordenador não é? Então se falar fulano fez isso, eu vou avaliar... não realmente fulano tem uma característica para fazer isso, não fulano não tem essa característica vou avaliar melhor. Então a gente normalmente reporta pro coordenador de cada um. (negrito do autor) (E3)*

Neste contexto, é importante destacar que o dispositivo do exame, do poder disciplinar, assegura a inclusão dos sujeitos num campo de análise, na qual a história de cada sujeito é transformado em um caso a ser estudado, descrito, mensurado, comparado e, finalmente, disciplinado ou excluído (FOUCAULT, 2014).

Tal exame permite, então, uma construção de saber sobre o sujeito que confere ao examinador a possibilidade de avaliar sua conduta dentro do que ele considera verdadeiro ou normal para ele. Essa busca pela homogeneidade e pelo padrão pode ser pressuposto pela utilização da metáfora “**saia do padrão da curva**”. O padrão da curva, ou uma curva-padrão, é utilizado para determinar quantitativamente uma propriedade de uma amostra desconhecida a partir de amostras com propriedades conhecidas. Assim, existem no setor profissionais cujas condutas são conhecidas e consideradas positivas,

ou modelo, aos quais os demais profissionais devem se espelhar, para manterem-se no padrão da curva.

Para Foucault (2014), o exame permite a constituição de modos de subjetivação, ou seja de uma individualidade, que retrata a história de vida singular de cada sujeito, bem como de suas características particulares e capacidades próprias a serem descritas e analisadas. Ao mesmo tempo em que o poder disciplinar conduz a uma tendência à semelhança, ele também individualiza os sujeitos, permitindo delimitar suas especificidades, e deste modo, toda a escala de diferenças individuais e singulares é englobada pela disciplina, dentro de um contexto maior de homogeneidade que ela aponta como sendo a regra (FOUCAULT, 2014), o normal e ideal a ser atingido.

Essa homogeneidade, garantida pela regra, mantida por dispositivos de poder, permite que a necessidade do controle explícito nos discursos, seja desejada como um “salvador da pátria” dos problemas existentes no setor, mas que não são enfrentados pelas diferentes instâncias gerenciais que assim o deveria fazer para a manutenção de uma ordem no setor.

[...] aqui as/as ordens muita das vezes não são cumpridas, estabelece um plano de cuidado e ele não é cumprido. Eu não consigo entender, não consigo entender. Pra mim é muito simples, se existe uma regra ela tem que ser cumprida. Eu vejo que aqui muita dificuldade com isso. De maneira geral, de médico a faxineira. (E7)

A organização desse cotidiano de trabalho ainda sofre interferências pelas questões de hierarquia do poder-saber em um hospital-escola, que permeiam as relações entre profissionais, professores e alunos. A instabilidade dessa relação, boa ou ruim, é pressuposta no discurso.

[...] A relação é boa, agora mudou o grupo. De três em três meses muda o grupo de residentes. Aí o início é mais tumultuado, com a chegada deles e tal, depois assim, igual esse grupo agora, ótimas meninas, uma semana assim já se adaptaram. (E4)

A alta rotatividade de alunos, a baixa vinculação do professor às unidades de ensino e às regras dessas são reclamações recorrentes nos hospitais de ensino. Há um choque de saberes entre os profissionais que ali se estabelecem no dia-a-dia do serviço, seguindo suas normas e regras como funcionários da instituição e os professores que de forma pontual no setor, comungam de normas e regras da instituição de ensino de origem.

Martins, Quayle, Livramento e Lucia (2003) ressaltam que a condição de hospital-escola e o tipo de atendimento prestado, onde há vários profissionais envolvidos com o mesmo paciente, dificultam o estabelecimento de relações estáveis entre o paciente e seu médico. Nesse contexto de hospital-escola, Dorigatti *et al.* (2015), pontua que a presença dos estudantes, contribui de forma positiva no momento de fragilidade vivenciado pelo paciente, uma vez que a beira do leito seria, classicamente, o lugar de encontro entre o paciente assistido pela medicina e a figura do médico, investido de autoridade científica, representante da medicina universal. Esses também são espaços pedagógicos para atividades práticas dos cursos da área da saúde o que o torna um local potencialmente conflituoso (OLIVEIRA *et al.*,2010). Esse autor então recomenda que os profissionais médicos e enfermeiros precisam primar de forma atenta para a ocorrência de conflitos entre eles, uma vez que isso seria exemplo no processo de formação desses profissionais, assim como deveriam ser preparados em suas atividades cotidianas a resolverem esses conflitos de maneira construtiva.

Há um silenciamento sobre as erros e condições de insegurança que acontecem no cotidiano do setor, implicitamente há uma proteção, seja por categoria profissional ou por setor, sobre a conduta do outro. Segundo Nascimento e Travassos (2010), fatores diversificados são colocados como proporcionantes das condições de insegurança do

paciente, dentre eles, o silêncio que cerca a questão do erro médico. Na perspectiva do silenciamento Schwappach e Gehring (2014) relata que pesquisas tanto nos serviços de saúde quanto em outras indústrias mostraram que as diferenças nos no nível hierárquico faz com o que a fala seja dificultada, uma vez que as discrepâncias entre poderes é um importante inibidor de fala no trabalho em equipe. E destaca ainda que enfermeiros e médicos frequentemente vivenciam situações que os deixam preocupados e exigem questionamento para esclarecer e corrigir condutas, mas que eles optam, muitas vezes, por recusar essas preocupações, seja por medo de punição seja por não querer danificar as boas relações existentes (SCHWAPPACH; GEHRING, 2014).

Às vezes você tem dar umas notícias que você não foi o responsável por aquilo e, tem que ter também um jogo de cintura porque também você não vai ficar falando por aí, foi fulano que fez isso [...] (E1)

Então eu acho que agente precisa melhorar isso pra ser um serviço de ponta....[...] coisas assim... eventos adversos grosseiros... evitar esse tipo de coisa, melhorar nossa qualidade de assistência, porque a gente tem potencial pra isso. (E7)

Duarte *et al.* (2015) afirma que os erros podem ser pormenorizados e classificados como inerentes ao cotidiano hospitalar, resultando ou não em danos aos pacientes, sendo que condições latentes são representadas pelas patologias intrínsecas do sistema e surgem a partir das decisões dos profissionais de nível gerencial mais alto, podendo ou não provocar erros. Essas condições latentes, para o autor, podem estar relacionadas às dificuldades na comunicação entre a equipe multiprofissional, uso inadequado de materiais/equipamentos, falta de normas e rotinas institucionais, falta de recursos materiais, insumos inadequados e falta de manutenção (DUARTE *et al.*, 2015). Tais fatores devem ser associados ao gerenciamento dos recursos humanos, materiais e estruturais inadequado que não preveem ou proveem uma assistência segura e de qualidade.

As questões do poder-saber presentes dentro de uma UTIN também influenciam as relações dos profissionais com os pais. Pressupõe-se uma culpabilização dos pais quanto ao insucesso da relação profissional-pais, pela dificuldade desses “aceitarem” a situação do filho, situação essa que foi “esclarecida” a eles. Seu pouco conhecimento, devido ao baixo nível educacional, é tomado como dificultador para a essa relação, mas não tomado como dificultador para sua “não-aceitação” da condição patológica do filho” apontada pelos profissionais.

Observa-se que a relação acaba se tornando estritamente profissional e baseada “na frieza” quando os pais considerados como aqueles que não aceitam a condição de doente do seu filho, como uma forma de punição a esse comportamento considerado fora do padrão esperado. Entretanto, destaca-se a associação da ideia de um trabalho profissional como um trabalho “frio”, sem vínculo, como uma forma de punição imposta por um juízo de valor, o que não condiz com uma postura considerada profissional por sua definição.

[...] Muito boa, acho que a relação que é boa, é claro que existem aqueles pais que são mais difíceis, mas a gente vai dando um jeitinho de conseguir oferecer assistência da melhor forma para o bebê, e mostrando para eles a rotina e tudo, que muitas vezes, o pai é difícil, não é porque a assistência é ruim e você está fazendo errado, porque o RN tem uma certa condição que ele não aceita, e acaba que ele vai refletir aquilo para a equipe. (negrito do autor) (E6)

***Eles me incomodam** o::: pai e a mãe que não é, que, por exemplo tem agora uma situação la dentro que o pai e a mãe são presentes sim, né? Só que é um menino muito mal formado, muito, mas muito mesmo, que já foi esclarecido pra eles né? E infelizmente o entendimento dele é pouco com relação a isso e aí ...nessas situações de menino mal formado os pais quer culpar todo mundo, o mundo todo [...] isso é “típico” de quem num tá aceitando o próprio filho[...]cê entendeu/e isso me incomoda profundamente, porque a relação entre pai e filho precisa ser uma relação de amor, e quando a relação é de amor a aceitação do profissional é melhor [...] eu me relaciono, quando o pai vem com essas 7 pedras na mão eu trato eles com frieza, a relação estritamente profissional, “mesmo”. (negrito do autor) (E2)*

[...] então essas famílias que chegam aqui, elas tem uma "FRAGILIDADE" muito grande [...] pelo::: do paciente e pelo perfil da família que são pessoas na maior parte de baixa renda, então junta as duas coisas "EU" tento acolher a família no sentido de esclarecer ao máximo porque muitas das vezes eu vejo que elas tem medo, tem receio de perguntar ou por medo ou

por não querer saber a resposta, né(?) Pontualmente tem a pessoa que não sabe lidar né ?, com a família, com a pessoa de baixa renda, com a pessoa ignorante, Ignorante no sentido de dificuldade de assimilar [...] (negrito do autor) (E7)

Fica silenciado nos discursos o entendimento de que o comportamento dos pais possa ser uma forma de resistência a todo poder-saber, norma e rotinas, muitas vezes colocadas de forma a desconsiderar todo o arcabouço de crenças, experiências e vivências desses pais. Entretanto, tal fato ficou subentendido o poder-saber sobre os pais, bem como a forma de discipliná-los por meio das orientações sobre a rotina de trabalho no cotidiano da UTIN, bem como os limites de atuação desses no setor.

De maneira geral é tranquila assim, eu geralmente gosto de orientar, principalmente na primeira vez que vai orientar em relação a tudo aquilo que acontece, dar as primeiras orientações de rotinas da unidade, tipo assim, de horário de visita, de visitar só o próprio bebê, essas coisas assim, e eu tento colocá-los, incluí-los no cuidado com os bebês, sabe, dentro do que é possível que eles façam com o bebê, qualquer segurar a seringa para oferecer dieta já é muito importante para eles, sabe. Então eu acho muito importante a presença dos pais, eu não fico constrangida de trabalhar na frente deles, de maneira nenhuma, eu acho importante a presença deles. (negrito do autor) (E5)

A rejeição ou negação das informações recebidas por parte dos familiares podem então ser são mecanismos de resistência defesa dos familiares no que se refere a aceitação o conhecimento do estado de saúde do paciente. As famílias também sentem dificuldade em aceitar as normas estabelecidas pela instituição, como os horários de visitas, a impossibilidade de entrar na UTI a qualquer hora, entre outros. Dessa forma, manifestam indignação com os profissionais de enfermagem por serem as pessoas com as quais estabelecem maior interação (RUEDELL et al 2010).

Segundo Ruedell *et al.* (2010), a construção de vínculos entre os profissionais e os familiares pode amenizar as percepções negativas do ambiente hospitalar, as experiências dolorosas, bem como auxiliar os familiares no enfrentamento do medo e da angústia, inerentes ao processo de hospitalização, especialmente em UTI. Dessa forma,

a comunicação pode ser um instrumento fundamental na inter-relação entre profissionais de enfermagem, pacientes e familiares, possibilitando-os uma vivência mais tranquila para todos os envolvidos.

Culturalmente, o nascimento de um bebê causa expectativa, idealizações, fantasias e projeções aos pais, especialmente nas mães. E no momento desse nascimento pode emergir, dos pais, três diferentes percepções sobre o bebê, sendo uma o bebê imaginário de seus sonhos e fantasias; o feto invisível, mas real, com ritmos particulares e personalidade particular que vão se revelando ao longo da gestação; e por último, o recém-nascido de fato, que pode ser visto, ouvido, pego nos braços (FERREIRA, 2014).

Na busca por entender que seu filho possui uma malformação congênita, uma anomalia funcional e estrutural, os pais utilizam-se das fontes de informações disponíveis na internet. Nesse sentido, é explicitado que a plataforma *google*® minoriza as disparidades nas relações poder-saber pois esse pai pode buscar informações. Entretanto, a possibilidade de se encontrar informações erradas e que possam trazer uma compreensão equivocada da situação é posta como se essa fosse a mais recorrente, silenciando sobre a possibilidade de uma informação correta que inclusive poderia constituir uma forma de “vigiar” e questionar o tratamento recebido. Assim, fica explícito que nenhuma estratégia ou orientação é passada para essa família sobre onde procurar informações “certificadas”.

*[...] população hoje em dia que ela é uma população orientada, muitos pais são... já vem é/ sabendo da patologia, da doença do bebê porque pesquisou no **google**, e muitas vezes uma pesquisa errada de uma forma não concreta e eu também sou mãe e eu entendo a fragilidade que os pais ficam. (negrito do autor) (E3)*

Health On the Net Foundation (HON) realizou estudo, apresentado por Pletneva *et al.* (2011), entre julho e agosto de 2010, com o intuito de verificar a tendência da postura do público em geral e de profissionais da área da saúde em relação ao uso da

internet para fins de saúde desde 1996, concluindo que para amostra de população estudada (524 pessoas), a qualidade da informação continua a ser a principal barreira para a pesquisa. Este mesmo estudo destacou que tanto o público em geral quanto os profissionais de saúde que discutem com seus pacientes as buscas por eles feitas na internet relatam que o efeito é positivo: melhora a comunicação e encoraja o paciente a lutar contra a sua doença (PLETNEVA *et al.*, 2011). No entanto, de modo geral, os médicos acreditam que isto também possa aumentar o risco da automedicação, mais do que os próprios pacientes referem pensar no assunto. E Coelho, Coelho e Cardoso (2013) expõe que outros estudos propõem que o médico ainda é a fonte mais importante de informação sobre saúde e que os pacientes veem a internet como recurso adicional de apoio à relação médico-paciente, o que atuaria como uma tentativa, por parte do paciente, de trabalhar em conjunto com o médico.

Coelho, Coelho e Cardoso (2013) ao realizar um estudo sobre o impacto na relação médico-paciente das informações em saúde disponíveis na internet, tanto sobre a eficácia das medidas terapêuticas, quanto sobre a utilização dos recursos de saúde disponíveis, conclui ser necessário maiores discussões atenciosas acerca do tema receba maior atenção. Seu estudo destacou que o potencial “iatrogênico” da internet se contrapõe a sua capacidade de difundir informações que facilitem a prevenção e o tratamento das doenças, contribuindo, assim, para a saúde da população. Em suas sugestões para minimizar o potencial iatrogênico, pontua a necessidade de maior atenção ao conteúdo dos sites com informações sobre saúde, bem como a atuação dos médicos, em associações orientadas por especialidades, na indicação de sites com informações confiáveis, a fim de divulgar conteúdos fidedignos para fortalecer a autonomia do paciente em relação à sua saúde e qualidade de vida (COELHO; COELHO; CARDOSO, 2013). Nesse sentido, o autor coaduna com a centralidade do

poder-saber médico sobre as condições doenças, legitimando a hegemonia do saber da medicina sobre os corpos. Nesse sentido, para Trindade (2016):

Se um corpo adoece, logo é encaminhado ao hospital para estar sob a supervisão do saber médico, onde o mesmo gozando de uma autonomia fará uma medicalização em cima dos diagnósticos detectados nos procedimentos médicos. Ao sair do hospital, o indivíduo terá que obedecer, com exatidão, o que o médico lhe receitou, ficando condicionado pelo discurso da cura de seus males (TRINDADE, 2016, p.73).

O médico detém a verdade, ou seja, ninguém discorda do saber científico do médico, uma vez que os corpos não passam de simples máquinas com defeitos à espera de reparos, bem como da docilização e controle colocados pelo saber médico. Foucault (2010) chega a dizer que só outro saber médico pode contestar o saber médico; o indivíduo por si só não tem argumento para contestar tal poder construído sob uma suposta cientificidade inefável e incompreendida pela massa humana.

5.3 As relações de poder no cotidiano da UTIN

Segundo Max (2006), as relações interpessoais são definidas por ligações interativas, traduzidas por laços profissionais, afetivos, amizade e afinidades, sendo condicionadas por uma série de atitudes recíprocas. As habilidades interpessoais são traduzidas por habilidades de convívio “entre pessoas”, que permitem que o relacionamento se processe de forma construtiva. Para Bastos (2004), as relações interpessoais com seus concomitantes e possíveis apoios afetivos, ocorrem nas organizações e, particularmente, nas equipes de trabalho, como decorrência natural da convivência e da tendência à conectividade que é própria do “ser humano-em-relação”.

No estudo de Costa e Silva (2010), no cotidiano da UTIN, pode-se observar que cada profissional percebe as relações de acordo com a sua visão individualizada e de uma maneira geral fundamenta-se em concepções reducionistas da sua vivência no

trabalho. Sendo assim, no discurso abaixo fica explícito que as relações interpessoais são marcadas por diversas concepções sobre as maneiras de ser das pessoas, consideradas fáceis ou difíceis, no contexto de trabalho da UTIN em estudo.

Tem de tudo, não é, tem pessoas como em qualquer lugar mesmo, tem pessoas que são mais fáceis, outras mais difíceis, uma se dão bem com as outras. Eu me dou bem com as pessoas, eu acho, assim, mas tem pessoas que são mais difíceis [...] (E1).

Cabe destacar a utilização do termo pessoa de forma genérica e não a categoria profissional a que essa pertence, deixando explícito que independente da categoria, a personalidade é algo que influencia nas condutas, mas também colocando o cenário da UTIN como um lugar comum e igual a qualquer outro, silenciando as características do setor e das atividades que ali se desenvolvem e que poderiam influenciar nessas relações. Assim, as causas dos problemas relacionais são individualizadas. Tal estratégia é considerada uma técnica de governo, dessa forma, um determinado problema, que seria da coletividade, é colocado sobre a responsabilidade de um indivíduo, reduzindo algo do espaço do sistema para um espaço local e individual. Dessa forma, ao indivíduo é capaz de se impor o poder disciplinar, por meio da vigilância, da sanção normalizadora e do exame, que por meio das técnicas mais sutis de adestramento, são capazes de docilizar corpos para condutas aceitáveis.

As relações de poder se manifestam mediante a presença de resistência, que presume a realização das práticas de liberdade. Dentro das categorias temáticas encontradas é possível identificar dispositivos de poder e resistência nesse cotidiano de trabalho, bem como concepções de poder relacionada a vigilância hierárquica e a presença da norma, e do poder saber.

*Normalmente a **minha postura é calar**, o horizontal, por exemplo, o horizontal fala, nossa, mas eu não acho, não, mas é assim, eu falo, então está bom. Mas eu normalmente eu falo, eu não guardo não, sabe. (negrito do autor) (E4)*

Resumidamente, a gente foi assistir uma sala de parto de um prematuro muito extremo, nasceu de pré-parto, em condições ruins, a gente foi levar ele para dentro para reanimação, ela chegou em um momento crítico, ela queria intubar esse neném, eu falei que não, que eu que ia intubar, que eu que era a pessoa mais experiente, eu intubei o neném, ela ficou com raiva, saiu, simplesmente o bebê estava parado, precisava de fazer massagem, medicações, várias coisas que ela ia ser muito útil[...] ela saiu, batendo o pé, xingando, gritando, chegou aqui dentro falando mal de mim, que nesse lugar aqui ninguém deixava ela fazer nada, e tal. (negrito do autor) (E4)

[...] Porque as pessoas ficam muito, é, como que eu posso falar? [...] você não tem liberdade pra pontuar nada praticamente, no seu ambiente de trabalho [...] porque aquilo vai ser visto como pessoal, e aí se em algum momento você é mais ríspido, mais objetivo, mais direto, então você passa a ser sem educação, grosseiro e não é, né ?, eu acho que num ambiente de UTI neonatal onde qualquer deslize, uma batida de portinhola na hora que a criança chega pode fazer uma cabeça sangrar, um bebê de 5 semanas, seis semanas de vida [...] (negrito do autor) (E7)

Os termos da oposição entre resistência, liberdade e relações de poder são postos, por Foucault (1994), de maneira bastante evidente. Quando se define o exercício do poder como um modo de ação sobre a ação dos outros, quando o caracterizamos pelo “governo” dos homens uns sobre os outros, no sentido literal do termo, inclui-se, nesse caso, um elemento importante: a liberdade.

O poder não se exerce senão sobre “sujeitos livres” e enquanto são “livres” – entendamos por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades no qual muitas condutas, muitas reações e diversos modos de comportamento podem ter lugar. Onde as determinações estão saturadas, não há relações de poder. A escravidão não é uma relação de poder quando o homem está acorrentado (trata-se, então, de uma relação física constrangedora), mas somente quando o homem pode movimentar-se e, no limite, fugir (FOUCAULT, 1994).

Assim, a liberdade somente pode se externar em um espaço público no qual estejam garantidas as condições mínimas para seu exercício, e estas somente podem ser dadas num ambiente explícito de tolerância político-social ao exercício da liberdade. As lutas de resistência, no caso particular da individuação, são lutas pela autonomia e

emancipação. O resultado desse processo de controle nada mais é do que o sujeito assujeitado a normas e padrões de constituição de sua subjetividade, e auto identificado por meio de regras previamente perpetradas de conduta (CASTELO BRANCO, 2001).

Ainda assim, Foucault (1994) concede lugar às múltiplas modalidades de luta em jogo na atualidade. São elas, no campo dos afrontamentos e resistências ao poder (e a seus excessos); as lutas contra a dominação (étnicas, sociais, religiosas); as lutas contra as formas de exploração (que separam o indivíduo do que ele produz); e, finalmente, as lutas que levantam a questão do estatuto do indivíduo (lutas contra o assujeitamento, contra as diversas formas de subjetividade e submissão).

Para Foucault (1994) essas são lutas de resistência contra o gigantesco aparato, técnicas e procedimentos desenvolvidos para conhecer, dirigir e controlar as vidas das pessoas, seus estilos de existência, suas maneiras de sentir, avaliar, pensar. Essas técnicas e saberes, dentro do projeto de otimização do poder, têm o objetivo explícito de conhecer e controlar a vida subjetiva de cada um dos membros submetidos aos seus campos de ação.

Nesse sentido, a centralização do poder-saber médico é colocado como fator impeditivo de expressão do saber de outras categorias e conseqüentemente do trabalho multiprofissional. Pressupõe-se que condutas médicas podem desconsiderar o paciente e o que seria melhor para esse.

Eu sempre penso no paciente, independentemente de qualquer coisa. Às vezes vai ser em discordância do médico, mas, tô aqui pra fazer o meu trabalho. (...) Alguma situação, por exemplo, eu indico uma dieta espessada. Eu acho que uma dieta espessada vai ser melhor pro paciente, mas infelizmente quem prescreve a dieta não sou eu, é o médico (...) Se for considerar a parte da equipe médica, eles sempre vencem. Acaba, sempre...sempre que a equipe multi perde na ação. Sempre a opinião do médico é que prevalece. (negrito do autor) (E8)

[...]o Pediatra não quer dar a notícia, eu estou muito cheio de serviço eu não posso dar. [...] notícias é só o Pediatra que dá, a única coisa que a gente pode falar é assim, está estável, está mantendo o mesmo quadro de

ontem, mas informações mais detalhadas é só o Pediatra que pode dar mesmo[...] A gente vai atrás do médico, fala, e aí às vezes, por insistência da gente eles vão lá e dá a notícia. (negrito do autor) (E3)

Embora haja a supremacia do poder-saber médico, está implícito que por meio dessa supremacia são criadas artimanhas utilizadas pela equipe como forma de resistência, ao recorrer a ele para fazer o que lhe cabe pela natureza do saber. A circularidade do poder nas relações podem ser subentendidas nesse contexto.

Ribeiro e Ferla (2016) argumenta que as contribuições de Michel Foucault sobre o surgimento da biopolítica permite uma explicação sobre como a medicina se tornou a política da vida e como se transformou em ferramenta para o controle da população pelo Estado. Assim, a medicina adquire o status de saber soberano de fazer morrer e na atualidade caracterizada por um poder de decidir sobre o valor das vidas, uma vez que as decisões médicas afetam o curso das vidas que estão, de certa forma, em suas mãos (TRINDADE, 2016). Nesse sentido de decisão sobre a vida, cabe ao médico falar do quadro do recém-nascido aos pais, bem como com essa atitude, assumir a responsabilidade sobre o que será feito com o corpo desse.

Barbosa e Brasil (2007) afirmam que os boletins informativos das UTIs são semelhantes tanto na forma quanto ao conteúdo e são considerados, de modo geral, como insatisfatórios, por apresentarem uma linguagem técnica e simplificada, não individualizada e sem critérios de elaboração. Estes fatores contribuem para evidenciar sentimento de insegurança, medo e ansiedade dos familiares relacionados ao quadro clínico do paciente. O familiar compreende parcialmente o conteúdo informado por meio do Boletim Informativo, dependendo da capacidade intelectual e cultural de quem recebe a informação, de quem a transmite e do diálogo pessoal com os profissionais (BARBOSA; BRASIL, 2007).

No contexto das relações, as redes sociais têm assumido um papel de vinculação e afirmação das relações positivas, mas também podem ser compreendidos como dispositivos de poder que exercem influências nas relações estabelecidas na UTIN.

*Aí nisso eu bloqueei ela do **Instagram**, bloqueei ela do **Facebook**, foi um problema que eu tive que eu fiquei assim muito chateada. (negrito do autor) (E4)*

*A gente faz o melhor possível sabe? [...] eu observo muito acaba criando assim [...] vínculos externos com os pais, eu crio vínculos externos com os pais, dependendo deles ter **instagram** depois... de ter **Face** [...] de [...] eu já fui em festinha de aniversário de filhos daqui sabe? (negrito do autor) (E3)*

As redes sociais têm como premissa que a vida é criada primeiramente a partir das relações e dos padrões formados por estas. O tema é recorrente nas ciências sociais por permitir o estudo das relações sociais, as interações e os fluxos de informação como processos de formação de rede, contribuindo com a teoria das organizações. Segundo Martes (2009), tomar as redes sociais como foco é pressupor que as próprias organizações estejam imersas em outras organizações e redes. Tipos de imersão orientam a formação de interesse e tomada de decisões (MARIN; WELLMAN, 2012).

Nesta perspectiva, Marin e Wellman (2012) definem a rede social como um conjunto de nós socialmente relevantes ligados por uma ou mais relações. Os nós, ou as redes de membros, são unidades conectadas por relações cujos padrões são estudados (BORGATTI *et al.*, 2009). Neste sentido, Borgatti *et al.* (2009) identificam quatro tipos de categorias principais de relações: similaridades (ocorrem quando fazem trocas, apoiados em características demográficas comuns, atitudes, localização ou grupo); relações sociais (laços afetivos, amizades, consciência cognitiva); interações (comportamentos baseados em laços, como falar com determinada pessoa, ajudar ou convidar certas pessoas para ir a sua casa) e fluxos (baseado em trocas e transferências entre os nós da rede).

O uso das redes sociais digitais (tais como *Twitter*®, *Facebook*® e *Youtube*®) é uma tendência a ser acompanhada pelas mais diversas esferas da sociedade. Empresas públicas, cujas atividades devem ser regidas princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, encontram nestas ferramentas boas oportunidades para o desenvolvimento de suas atividades (SCHNEIDER, 2015).

Referente às questões de gênero, as relações de gênero são relações de poder constituídas constantemente no decurso da história e no cotidiano entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, homens e homens (MACEDO; MACEDO, 2004). A questão de gênero foi dita no discurso como algo que ordena as relações no cotidiano pelo pressuposto de que relações em ambiente predominantemente femininos já são conflituosos, ao mesmo tempo que silencia sobre a ausência de posicionamento dos homens no contexto relacional do setor, enquanto explicitamente valoriza o masculino em detrimento ao feminino. Ressalta-se que todas as participantes são do sexo feminino, fato que decorre da predominância de mulheres nesse setor.

*[...] Então aí eu fiquei muito chateada com essa postura dela, e depois disso eu sei que ela ficou falando mal de mim e tal. Mas assim, o que eu acho difícil, mas até que está bom, ambiente fechado, **muita mulher, muita mulher, muita mulher, pouca homem.** [...] **Umas testosteronas ali, sim.** (negrito do autor) (E4)*

É desconsiderada no discurso a dedicação das mulheres ao trabalho reforçando o discurso de trabalhadoras de segunda categoria, que estão sempre em desvantagem em relação ao homem, no mercado de trabalho, visto que continuam como principais responsáveis pelas atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos, associando ainda seus comportamentos ao estereótipo das características femininas comumente apreendidas na sociedade como frágeis, emocionalmente instáveis, vaidosas, fofoqueiras, dentre outras. As estratégias de poder que envolvem as relações de gênero

apontam que uma diferenciação entre os sexos delimita comportamentos e condutas e é delimitada por eles (CAPPELLE; MELO; BRITO, 2002).

É característica do trabalho hospitalar a predominância de mulheres, esse fato talvez decorrente da expressiva representação numérica da enfermagem nesse cenário, profissão essa reconhecida de maioria feminina. É secular a responsabilidade das mulheres pelo cuidado à saúde, de bruxas a doutoras, de religiosas a enfermeiras (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Nesse contexto, a fofoca foi algo explícito em alguns discursos, sendo que fazer fofoca significa falar pelas costas do outro profissional, criticar a conduta do colega no plantão anterior.

*[...] essa coisa de **fofoca**, de ficar criticando, o que o colega fez no plantão anterior, falando pelas costas, acho que o setor fechado isso é meio complicado, as pessoas ficam estressadas também(...)Mas assim, eu escuto falando de um, eu não falo para frente, eu não passo para frente, mas eu vejo que às vezes, acontece aqui, falou de uma pessoa aí vai e fala, vai perpetuando uma **fofoca**. [...]. **Muita fofoca**, conversa por trás assim, falatório. (negrito do autor) (E4)*

Wieser (2009) descreve a fofoca, ou como ele denomina a prática do mexerico, como uma resposta funcionalmente adequada a certo problema comunicativo imposto pelo contexto da interação conversacional e pelo ambiente sociocultural, sendo então um gênero comunicativo que contribui para a produção discursiva da moral de uma sociedade. Esse autor também destaca que a fofoca possui como propósito comunicativo impedir um conflito moral com pessoas presentes e propiciar que o assunto motivo desse conflito faça parte da comunicação de terceiros.

Nesse sentido, há que se considerar que essa fofoca se refere a um julgamento de conduta profissional, e pouco se refere a questões pessoais extramuros da unidade. A ausência de espaços para discussão de condutas e aceitação de opiniões diferentes suscita na equipe uma necessidade de expor sua insatisfação frente à conduta do outro.

As relações poder construídas no contexto relacional na unidade promovem assim impasses para o trabalho em equipe, considerado primordial para o trabalho em saúde. Trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Albuquerque e Barrionuevo (2017), para que se obtenha um atendimento em saúde com qualidade e eficiência, é fundamental compreender o real significado de equipe. Na área da saúde o termo "equipe" é utilizado para designar um grupo formado por enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, dentre outros. E nessa equipe, o trabalho deve ser interdisciplinar, exigindo relações sociais horizontais, diferenciando-se do modelo assistencial de saúde tradicional e hegemônico.

A tipologia do trabalho em equipe se dá por duas modalidades completamente distintas: uma pode se referir à equipe agrupamento e a outra se dá pela equipe integração. Na equipe integração ocorre interação, uma articulação consoante à proposta da integralidade das ações e isso refere-se a um agir-comunicativo. Porém, na equipe agrupamento observa-se a fragmentação do processo de trabalho e a presença do agir-instrumental, aquele que busca, de forma racional, certo resultado independente das transformações do percurso (PEDUZZI, 2009).

O desafio consiste, então, em transitar da equipe agrupamento (trabalho de diferentes profissionais, que detém assimetria de relações, poderes e saberes para operar diferentes tecnologias) para a equipe integração (o que implica redesenhar o somatório de pequenas ações parciais para compor uma trama de atos negociados e articulados

entre os agentes, superando a posição de disputa e passando para a de complementação) (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Com base nessa concepção de trabalho em equipe, pode-se identificar um conjunto de características de uma equipe integrada: comunicação efetiva; reconhecimento do trabalho do outro profissional e suas especificidades; questionamento da desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; construção de objetivos comuns; promoção da tomada de decisão compartilhada; exercício da autonomia; profissional, levando em consideração a interdependência das diversas áreas; e a construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes sujeitos, saberes, práticas, interesses e necessidades. O trabalho em equipe surge da necessidade de estabelecer objetivos e metas em comum com um plano de trabalho bem definido, por meio do qual se desenvolvam o crescimento individual e do grupo e o cuidado centrado no usuário e na comunidade envolvidos (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

O trabalho em equipe foi algo posto no discurso abaixo como uma prática inexistente na UTIN considerando o que se esperava acontecer nesse cenário. Por mais que a terapia intensiva seja sinônimo de equipe multiprofissional, subentende-se que existe um processo de trabalho fragmentado dentro da unidade.

*[...] Eu considero que não existe trabalho em equipe aqui, cada um faz o seu
[...] Tô generalizando não, são todos, certo? A maioria das pessoas não
trabalha dessa forma, mas se tratando de um ambiente de terapia intensiva a
gente deveria ter uma equipe multiprofissional, trabalhar todo mundo junto e
não trabalhar equipe médica, equipe de fisioterapia, equipe de enfermagem
[...] isso em relação ao trabalho. (E7)*

Entretanto, sua importância aparece explicitamente como algo primordial nas relações desde que seja baseada num bom relacionamento entre as pessoas e não apenas “fingido” como caracterizado pelo termo politicagem. O termo politicagem é expresso no dicionário como substantivo feminino e identificado como pejorativo uma vez que é considerado uma política de interesses pessoais, de troca de favores, ou de realizações insignificantes. Tal uso no discurso pressupõe a existência desse tipo de relação no setor, bem como um interdiscurso com a política, representada no imaginário do brasileiro como corrupta e cheia de favoritismos. A interpretação do trabalho em equipe é então de que seja um trabalho consensual que seria a melhor decisão, baseado na escuta da opinião do outro. Nesse contexto, há um silenciamento sobre a atuação dos profissionais ali em benefício próprio e não com o foco no paciente, objeto do cuidado e das ações ali realizadas.

[...] Eu acho que trabalhar em equipe é primordial, assim, sabe? Eu acho que você conseguir ter mesmo um bom relacionamento com as pessoas, isso te ajuda muito, não estou dizendo de politicagem, estou dizendo de você ser uma pessoa tranquila e saber ouvir a opinião do outro, porque se você consegue ouvir a opinião do outro, provavelmente a pessoa vai conseguir te ouvir também, e vocês vão conseguir entrar em um consenso, sabe? [...], para você conseguir chegar em uma melhor decisão, para o que quer que seja. (E5)

As relações médicas são apontadas como complicadas devido a “desobediência” da equipe médica das condutas estabelecida por outros profissionais, discurso esse que reitera a supremacia do saber médico nos hospitais. A resistência dos médicos a seguir normas e rotinas padronizadas é recorrente em estudos da área de saúde.

[...] as relações aqui são bem complicadas assim, mais, mais voltada pra equipe médica.[...] A equipe médica tem um, na verdade aqui num consegue, unificar, padronizar a rotina do serviço em relação assim a, opinião de profissionais. [...]fona da manhã ela, é, discute uma coisa com/ a equipe médica, chega a tarde já mudaram, não é pra fazer aquilo...às vezes o que eu acho que deve ser feito eles fazem de outra forma.(E8)

Olha, a gente tem uma grande dificuldade com equipe médica, acho que qualquer hospital, mas assim, na minha realidade, nos outros hospitais que eu trabalhei eu era muito mais ouvida pela equipe médica do que aqui, sabe. Então aqui eu acho um pouco complicado isso, a gente não tem voz, sabe, o

que a gente fala não tem importância assim, muitas vezes, é claro que existem aqueles profissionais que dão ouvidos à gente, e que conseguem trabalhar com a gente de uma maneira melhor (E5)

[...] Tem os médicos, tem alguns que tem atrito com a enfermagem, assim, às vezes, fisioterapeuta-médico, condutas mesmo assim em relação ao paciente. (E4)

As relações entre médicos e os demais profissionais são evidenciadas como uma relação ruim por questões pertinentes às condutas realizadas ao paciente e a centralização dos processos decisórios. Alguns médicos são apresentados como autoritários por não permitirem argumentações tampouco discussão sobre algo da conduta do paciente. Nesse contexto, o hospital é um local da disciplina médica, no qual o médico controla o cotidiano dos demais profissionais, determinando o tipo de comportamento esperado.

A relação entre médicos e enfermeiros é considerada boa, mas existem dificuldades com aqueles autoritários, infere-se que existem aqueles que não seguem a rotina e resistem ao trabalho multidisciplinar, considerado mais horizontal.

[...] Olha, relação Médico – Enfermeiro, a gente consegue lidar bem com alguns Médicos, consegue conversar, consegue organizar a rotina do dia, e alguns não, alguns são mais autoritários, é isso, é isso e pronto. A gente não consegue argumentar, não consegue discutir. (E6)

No estudo de Ferreira, Garcia e Vieira (2010) os entrevistados admitem que o relacionamento com os médicos é permeado por conflitos, pois, muitas vezes, estes ignoram as questões levantadas pelos administradores e insistem na diferença de classe, utilizando-a como forma de fazer prevalecer suas opiniões. A principal característica dos conflitos refere-se, portanto, à percepção de superioridade do profissional médico em relação aos demais.

Uma pesquisa sobre o ambiente de trabalho do enfermeiro na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário, de métodos mistos, os

resultados quantitativos e qualitativos também convergiram e mostraram a existência de boas relações de trabalho entre médicos e enfermeiros. Nas entrevistas, os enfermeiros relataram um bom relacionamento profissional com os médicos, principalmente em comparação com outros cenários hospitalares. O reconhecimento da equipe médica é conquistado pelos enfermeiros a partir do conhecimento e da segurança que eles demonstram no desempenho das suas atividades profissionais (SANTOS *et al.*, 2018).

Além disso, o posicionamento dos enfermeiros como responsáveis pelo andamento do trabalho no setor também contribui para o reconhecimento do papel destes profissionais (SANTOS *et al.*, 2018). A medicina ao ocupar um lugar privilegiado devido seu poder-saber e produz efeitos de poder próprios (RIBEIRO; FERLA, 2016). Ela tem a capacidade de produzir, ao mesmo tempo, efeitos disciplinares e regulamentadores na coadjuvância com outras diferentes forças (RIBEIRO; FERLA, 2016).

A relação entre enfermeiro e técnico de enfermagem é considerada boa, embora seja posto que existam rixas, ou seja, conflitos.

[...] De Enfermeiro para Enfermeiro, a relação é boa, a gente tem algumas dificuldades, na verdade, é de gênio [...] Agora de Enfermeiro para Técnico existe uma rixa, não sei porque. Quando a gente chegou o setor era só de Técnico e tinham os Enfermeiros supervisores, aí quando a gente chegou, os Enfermeiros, tem Enfermeiro assistencial, parece que eles ficaram assim, como assim, vai chegar para fazer o mesmo serviço que a gente e vai ganhar mais que a gente, ou vai tomar o nosso lugar, acho que eles tiveram está medo. Aí no início foi bem difícil, até a gente conseguir conquistar, mostrar para eles que não era o que eles estavam pensando, que a gente veio para acrescentar no ambiente, para melhorar a assistência, e a gente foi ganhando a confiança, aí essa relação melhorou, mas ainda existe um pouco de uma rixa, na verdade. (E6)

[...]os profissionais que, recém chegados [...] eles tem muito saber técnico... muito mesmo né(?)... a formação deles foram muito boas, maas... “são difíceis” [...]de relação...né(?)[...]a gente custou, porque aqui é uma instituição né(?)... federal...e já tinha costumes e tal...eles vieram com outra cabeça, né(?) [...] a qualidade da assistência melhorou “muito” né(?)...porque o saber deles acrescentou em muito ...na/na assistência, mas as questões, burocráticas, as questões políticas, questões de/de outras questões... não melhorou em nada, continua a mesma coisa...né(?) (E2)

A enfermagem é reconhecida como uma prática social caracterizada por atividades elaboradas por uma equipe, a qual tem duas noções distintas: a equipe como agrupamento de agentes, caracterizada pela fragmentação e a equipe como integração de trabalhos, caracterizada pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde (PEDUZZI, 2011).

No estudo de Araújo, Medeiros e Quintal (2016), nas relações interpessoais de enfermagem, foram identificadas fragilidades e fortalezas nesse processo. A comunicação foi identificada como uma fortaleza e sua ausência como uma fragilidade, o que representou um elemento marcante na equipe de saúde, tornando-se prejudicial no relacionamento interpessoal. Observa-se um dissenso entre os profissionais de enfermagem, os quais são atores de um cenário em que predomina o agir estratégico, com a presença de fortes relações hierárquicas e autoritárias.

O fortalecimento das relações interpessoais na equipe de enfermagem precisa expandir-se até atingir um grau de consolidação democrática da profissão. Portanto, é necessário focar mais a ação comunicativa durante o processo de trabalho da enfermagem para permitir um melhor relacionamento interpessoal, com autonomia de seus agentes e construção mútua de objetivos comuns entre a equipe. Assim, os componentes desse processo interativo devem se reconhecer como atores de um mundo social repleto de divergentes culturas, saberes e subjetividades, para possibilitar um relacionamento eficaz (ARAÚJO; MEDEIROS; QUINTAL, 2016).

A entrada da empresa EBSEH na UTIN, com a mudança da proposta de modelo assistencial, sendo colocado mais enfermeiros para a assistência beira leito trouxe outra conformação para a equipe de enfermagem que antes era composta pelos profissionais técnicos de enfermagem a beira-leito e enfermeiros supervisores. Nesse

contexto, os técnicos de enfermagem se viram afastados de seu objeto de trabalho, sendo redirecionado para atividades consideradas de menor complexidade e mais voltadas para o procedimento técnico e suporte ao enfermeiro assistencial à beira-leito.

Acredita-se que essa remodelação pode ter trazido aos técnicos de enfermagem uma sensação de desvalorização de seu trabalho e para muitos, o demérito de seus muitos anos de experiência à beira-leito. Corroborando com isso, foi possível observar o silenciamento da participante sobre como esse processo de transição foi realizado e como seus efeitos foram abordados pelos responsáveis. Existe nesse cotidiano uma necessidade de se ganhar a confiança dos técnicos de enfermagem a fim de minorar essas rixas ainda existentes.

O respeito é algo considerado muito importante nas relações e na manutenção do trabalho em equipe. É importante salientar que o respeito foi mencionado em todos os discursos.

*[...] **Respeito**, primeiro de tudo você tem que ter **respeito um pelo outro**, que às vezes, falta, e muitas vezes, se colocar no lugar do outro, que é muito fácil é criticar, fulano não fez isso, não sei o que, não está bom, mas você estava ali para ver como é que foi a situação, às vezes, falta isso, **colocar no lugar do outro, e principalmente respeito**. (negrito do autor) (E6)*

*[...] **respeitar o trabalho em equipe**. Né? **Cada um respeitar o conhecimento que a outra pessoa tem**. Se ele estudou, ele tá apto pra quilo. Eu sou apta porque eu estudei. Você é apto pro que você estudou. Cada um respeitar o limite de aptidão né? O limite terapêutico de cada um. Nem sempre. Igual eu tô te falando da equipe médica. **A equipe médica, na maioria das vezes, não... nem sempre respeita**. (negrito do autor) (E8)*

*[...] **Respeito**, eu acho que primeiro é o **respeito mesmo**, é uma coisa que aqui tinha muito, eu acho que já melhorou, pelo menos, eu não vejo mais tanto[...] (negrito do autor) (E4)*

***Acho que o respeito mesmo, sabe, respeitar a opinião do enfermeiro, do técnico, enfim, de qualquer profissional da saúde**, eu acho que a gente precisa **respeitar a opinião do outro**, sabe. Muitas vezes, a gente tem problemas relacionados à temperatura, por exemplo, o bebê está hipotérmico e eles querem, os médicos querem cateterizar, enfim, fazer procedimentos, e muitas vezes, a hipotermia não é a melhor opção. Então isso peca muito, sabe, os bebês são muito manipulados e eu acho que isso tudo é muito falta de respeito mesmo, assim. (negrito do autor) (E5)*

O respeito pelas individualidades pressupõe a ética do consenso, do interesse e da coerência, abraçando todas as experiências individuais, que se confrontam na busca do equilíbrio das relações interpessoais. É muito difícil estabelecer o respeito em sua plenitude, visto que este se articula com diferentes pressupostos de pensar e de agir em relação ao outro (COSTA; SILVA, 2010).

Nesse cotidiano de trabalho o enfermeiro é considerado mediador da equipe de saúde das diversas situações conflituosas e utiliza várias estratégias para lidar com essas situações. Essa condição é explícita no discurso abaixo.

[...] O conflito interpessoal... ele é resolvido pelo enfermeiro. Seje lá, gual , às vezes a gente num é perfeito e ninguém é [...] tem alguns conflitos entre mim e o meu colega, então eu peço , não... cê que tem que intervir aqui, tá acontecendo isso e assim, assim e assim e... num é assim. Então eu vejo que o enfermeiro, ele é a pessoa e o profissional que tá pra, pra resolver esses conflitos que tem. Ele resolve. (negrito do autor) (E2).

Um estudo sobre situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar, nos relatos dos técnicos e auxiliares de enfermagem identificou-se que grande parte das situações de conflito ocorre devido aos fatores relacionados à falta de responsabilidade e compromisso no trabalho; falta de cooperação entre os funcionários; divergências de opiniões e condutas para exercer o trabalho; falta de motivação e desvalorização no trabalho; falta de informação e diálogo entre os profissionais; e a presença de fofoca no ambiente de trabalho (SPAGNOL, 2010).

Uma participante explicita que a equipe não tem maturidade para lidar com situações de conflito dentro da unidade, como relatado abaixo:

[...] Essa parte de conflito eu acho meio complicado, eu acho o pessoal imaturo para conseguir lidar com o conflito (E6).

Além disso, ao questionar uma participante sobre como ela observava que os outros profissionais lidavam com situações de conflito dentro da UTIN, fica subentendido que as ações são pouco efetivas e baseadas em fofocas.

[...] Eu acho que lidam com muita conversa. (E4)

Os profissionais que apresentam dificuldades em lidar com o conflito organizacional, de forma coletiva, ou seja, promovendo espaços para que os profissionais, principalmente, da enfermagem tenham oportunidade de analisar seus conflitos conjuntamente (SPAGNOL, 2006). Portanto, a conduta a ser utilizada pelo enfermeiro diante de uma situação conflituosa, vai depender da sua postura enquanto gestor das suas habilidades pessoais no processo de negociação e da utilização da estratégia mais adequada para solucionar ou reduzir os conflitos que acontecem no ambiente de trabalho (SPAGNOL, 2010).

6. CONCLUSÃO

Com o objetivo de analisar os discursos de profissionais acerca das relações de poder no cotidiano da UTIN, foi possível identificar, através das estratégias de persuasão, vários intradiscursos possíveis, portanto, optou-se por seguir o percurso semântico que se refere às relações de poder configuradas nos discursos dos profissionais em seu cotidiano de trabalho. Esse percurso semântico foi subdividido em três percursos temáticos representados pelas práticas de poder no cotidiano da UTIN; o poder como hierarquia e a necessidade do controle, e as relações de poder na UTIN. Nesse sentido, esses temas compuseram e configuraram o cotidiano de trabalho dos profissionais entrevistados.

Os personagens mobilizados nos discursos como estratégia argumentativa de persuasão “coordenação, médico, enfermagem, sindicato, categoria, profissionais, residentes, hospital, Sofia, menino, bebe, RN, pai, mãe, família, enfermeiro, serviço de psicologia” também conformaram o percurso semântico das relações de poder nos discursos dos profissionais em seu cotidiano de trabalho.

Em relação à seleção lexical dos discursos apresentados, estes possuíram enunciados que transitavam desde uma linguagem coloquial com a presença de hipérboles, metáforas, ironias e metonímias.

Sobre as práticas de poder no cotidiano da UTIN, estas foram baseadas em dispositivos de poder tais como: a prescrição médica, focada na condução dos processos de trabalho bem como o conhecimento sobre o corpo doente do RN, além de ser imprescindível para a realização de condutas; a comunicação efetiva, como necessidade de melhoria no setor; o enfermeiro como ordenador do processo de trabalho por meio da vigilância; e a passagem de plantão, como normalizadora de condutas na transferência do cuidado.

Em relação ao percurso temático do poder como hierarquia e a necessidade de controle, ao mencionar o poder e relações de poder, os entrevistados trouxeram uma concepção de poder enquanto uma materialização da hierarquia, baseada na presença de normas e regras. Essa regra foi mencionada como um “salvador da pátria” dos problemas existentes do setor. As questões do poder-saber e do poder disciplinar presentes dentro da UTIN também influenciaram as relações dos profissionais com os pais.

Acerca das relações de poder na UTIN, estas foram marcadas pela presença de resistência, concepções de poder relacionadas a vigilância hierárquica e a utilização da

norma para controle do corpo. A centralização do poder-saber médico foi colocado como fator impeditivo de expressão do saber de outras categorias e conseqüentemente do trabalho multiprofissional.

As redes sociais assumiram um papel de vinculação e afirmação das relações positivas, mas também foram compreendidos como dispositivos de poder que exercem influências nas relações estabelecidas na UTIN.

A questão de gênero foi explícita como algo que ordena as relações no cotidiano pelo pressuposto de que relações em ambiente predominantemente femininos já são conflituosos, ao mesmo tempo que silencia sobre a ausência de posicionamento dos homens no contexto relacional do setor, enquanto explicitamente valoriza o masculino em detrimento ao feminino.

O trabalho em equipe foi algo posto em alguns discursos como uma prática inexistente na UTIN. Por mais que a terapia intensiva seja sinônimo de equipe multiprofissional, subentende-se que existe um processo de trabalho fragmentado dentro da unidade.

As relações médicas foram apontadas como complicadas devido a “desobediência” dessa equipe com as condutas estabelecidas por outros profissionais, discurso esse que reitera a supremacia do saber médico nos hospitais. Alguns médicos foram apresentados como autoritários por não permitirem argumentações tampouco discussão sobre algo da conduta do paciente. Nesse contexto, o hospital ficou demarcado como um local de disciplina médica, no qual o médico controla o cotidiano dos demais profissionais, determinando o tipo de comportamento esperado.

A relação entre enfermeiro e técnico de enfermagem foi considerada boa, embora seja posto que existam rixas e conflitos. Isso devido a entrada da empresa

EBSERH na UTIN. Com a mudança da proposta de modelo assistencial, sendo colocado mais enfermeiros para a assistência beira leito trouxe outra conformação para a equipe de enfermagem que antes era composta pelos profissionais técnicos de enfermagem a beira-leito e enfermeiros supervisores.

O respeito também foi algo considerado muito importante nas relações e na manutenção do trabalho em equipe. É importante salientar que o respeito foi mencionado em todos os discursos. Nesse cotidiano de trabalho o enfermeiro foi considerado mediador da equipe de saúde das diversas situações conflituosas e este utiliza de várias estratégias para lidar com essas situações.

A partir do exposto, foi possível observar a circularidade do poder dentro do cotidiano de trabalho da terapia intensiva neonatal. Nesse sentido, considera-se essencial o desenvolvimento de pesquisa nas demais unidades hospitalares a fim de compreender as relações de poder no por meio do discurso dos profissionais, possibilitando identificar o panorama dessa temática, assim como suas potencialidades e fragilidades. Dessa maneira, torna-se possível discutir e elaborar estratégias para melhorar a comunicação, trabalho em equipe e as relações interpessoais dentro das instituições de saúde, garantindo assim, um cuidado com qualidade ao RN e seus pais. Ao buscar novos saberes e competências, abre-se espaços para novas práticas em saúde que contemplem a sensibilidade, evidenciando a necessidade de usar um novo referencial que dá conta das intersubjetividades e interações no ambiente de UTIN. Espera-se que esse caminho possa servir de subsídio para outras pesquisas nessa perspectiva das relações de poder no cotidiano da terapia intensiva, seja ela, adulto, pediátrica e neonatal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. M. D.; PIZZI, L. C. V. Análise do discurso em Foucault e o papel dos enunciados: pesquisar subjetividade nas escolas. *Revista Temas em Educação, João Pessoa*, v.23, n.1, p. 81-94, jan.-jun. 2014.
- AMARANTES, J. M.; CALDAS, L. M. O poder sob a perspectiva de Foucault: contribuições para os estudos organizacionais. *Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais*, v. 9, n.1, - p. 07-16, 2012.
- ARAÚJO, M. P. S. MEDEIROS, S. M.; QUENTAL, L. L. C. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*, 2016; 24(5):7657.
- ARAÚJO NETO, J. D.; SILVA, I. S. P.; ZANIN, L. E. ANDRADE, A. P.; MORAES, K. M. Profissionais de saúde da Unidade De Terapia Intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 29(1): 43-50, jan./mar., 2016.
- ARAÚJO, P. T. B.; UCHOA, S. A. C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 16, supl. 1, p. 1107-1114, 2011.
- ARRUDA, L. M.; FARIA, A. A. M. Estratégias linguísticas de persuasão em um discurso jornalístico sobre educação profissional. *Anais do SILEL. Volume 1. Uberlândia: EDUFU*, 2009.
- ALBUQUERQUE, A. M.; BARRIONUEVO, E. A. Passagem de plantão: otimizando a performance da equipe. In: VIANA, R.A.P.P.; TORRES, M. *Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas*. – Barueri, SP: Manole, 2017.
- BARBOSA, E. M. A.; BRASIL, V. V. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 315-328*.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. *Diário Oficial da União*. 12 dez. 2012.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Legislação para o Exercício da Enfermagem*, 1986.
- BAGNASCO, A.; TUBINO, B.; PICCOTTI, E.; ROSA, F.; ALEO, G.; PIETRO, P. D, et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*. 2013; 21(3):168-72.
- BASTOS, A. V. B. et al. Conceito e perspectivas de estudos das organizações. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. (Org.): *Psicologia organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 63-90.
- BILLING, Yvonne Due. Are women in management victims of the phantom of the male norm?. *Gender, Work and Organization*, v. 18, n. 3, p. 298-317, 2011.
- BORDIN, T. M. O saber e o poder: a construção de Michel Foucault. *ISSN 1984-3879, SABERES, Natal RN*, v. 1, n.10, nov. 2014, 225-235.
- BORGATTI, P. S.; MEHRA, A.; BRASS, D.J.; LABIANCA, G. Network analysis in the social sciences. *Science*. 2009;323(5916):892-5.
- BORENSTEIN, MS; ALTHOFF, C.R. Projetando e conquistando um caminho para a formação profissional do enfermeiro. In: BORENSTEIN, M.S.; ALTHOFF, C.R; SOUZA, ML. *Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias*. Florianópolis: Insular, 1999.
- BRÍGIDO, E. I. Michel Foucault: Uma Análise do Poder. *Rev. Direito Econ. Socioambiental, Curitiba*, v. 4, n. 1, p. 56-75, jan./jun. 2013.
- BUTLER, Judith. Regulações de Gênero. *Cadernos Pagu*, n. 42, p. 249-274, jan./jun. 2014.
- CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; BRITO, M. J. M. Relações de Gênero e de Poder: Repensando o Masculino e o Feminino nas Organizações. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-teo-1571.pdf>. Acesso em: 10/11/2018.
- CARVALHO, A. P. A.; VERÍSSIMO, M. L. R. Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*, v. 45, n. 4, p. 847-854, Aug. 2011.

- CARVALHO, N. A.; GAMA, B. M. B. M.; SALIMENA, A. M. O. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. *Rev. Adm. Saúde* Vol. 17, Nº 69, Out. – Dez. 2017.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, Sup.2,p.2029-2040, 2008.
- CASTELO BRANCO, G. As resistências ao poder em Michel Foucault. *Trans/Form/Ação*, Marília ,v. 24, n. 1, p. 237-248, 2001 .
- CASTRO, E. Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus termos, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. 477p.
- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- CHIGNOLA, S. Sobre o dispositivo. Foucault, Agamben, Deleuze. Instituto Humanitas Unisinos. nº 214, v. 12, 2014.
- COELHO, E. Q.; COELHO, A. Q.; CARDOSO, J. E. D. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente? *Rev bioét (Impr.)* 2013; 21 (1): 142-9.
- COSTA, J. B. R.; SILVA, M. A. M. Relações Interpessoais da Enfermagem na Organização Hospitalar: um estudo de caso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. VI Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD, Florianópolis, 2010.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 248-255, June 2011.
- COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 247-254, June 2012.
- DELLAGNEZZE, René. O poder do estado soberano e a microfísica do poder no pensamento de Michel Foucault. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVIII, n. 137, jun 2015.
- DORIGATTI, A. E.; FABER, E. W.; GARCIA JUNIOR, C.; TURATO, E. R. Como se Sentem Pacientes Quando Examinados por Estudantes de Medicina? Um Misto entre Ambiguidades e Satisfações Encontradas em Estudo Qualitativo. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA* 95 39 (1):111;2015.
- DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. 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.
- DUARTE, S. C. M.; QUEIROZ, A. B. A.; BUSCHER, A.; STIPP, M. A. C. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* nov.-dez. 2015;23(6):1074-81.
- DUCROT, O. O dizer e o dito. Campinas: Pontes, 1987. ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 julho- agosto; 14(4):517-25.
- FAIRCLOUGH, N. *Analysing Discourse: textual analysis for social research*. Londres: Routledge, 2003.
- FARIA, A. A. M.; LINHARES, P. T. F. S. O preço da passagem no discurso de uma empresa de ônibus. In: MACHADO, I. L. (Org.). *Análises de discursos: sedução e persuasão*. Belo Horizonte, NAPq Fale/UFGM, 1993. (Caderno de Pesquisa, 13).
- FERREIRA, F. S. O impacto psicológico nas mães pelo nascimento de uma criança com síndrome de down. *Psicologia.pt* O portal dos psicólogos, 2014.
- FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão, conflitos entre médicos e administradores hospitalares. *REV. ADM. MACKENZIE*, V. 11, N. 6. São Paulo, 2010.
- FISCHER, R. M. B. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? *Perspectiva*. Florianópolis, v. 21, n. 2, 2003, p. 371-389.

- FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*. Rio de Janeiro, n. 114, p. 197-223, 2001.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- FOUCAULT, M. *A governamentalidade*. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Campinas: Loyola, 1996.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Editora Loyola, 2010.
- FOUCAULT, M. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. 4v.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. *L'Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France, 1981-1982*. Édition établie par François Ewald et Alessandro Fontana, par Frédéric Gros, Paris: Seuil/Gallimard, 2001 (Coll. Hautes études).
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 23. ed. São Paulo: Graal, 2004.
- FOUCAULT, M. *O sujeito e o Poder*. In Rabinow, P e Dreyfus. *Foucault, Uma Trajetória Filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, M. *Sobre a História da sexualidade*. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 246.
- FOUCAULT, M. *Subjetividade e verdade*. In: _____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 107-115.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 34ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. 42. Ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 302 p. 1º Reimpressão. GONÇALVES, J. F. G. Foucault, a descontinuidade histórica e a crítica da origem. *Revista Aulas*, Campinas, n. 3, p. 1-21, 2007.
- GONÇALVES, J.F.G. Foucault e a questão do dispositivo, da governamentalidade e da subjetivação: mapeando noções. *Periodicos.ufpa.br. Revista Margens Interdisciplinar*, 2016.
- GREGOLIN, M. R. *Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos e duelos*. São Carlos: Clara luz, 2007.
- HAIG, K. M.; SUTTON, S.; WHITTINGTON, J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32: 167–75.
- HARAWAY, Donna. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu*, v. 22, p. 201-246, 2004.
- IHI. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Technique for communication: A Situational briefing model. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx>. Accessed September 15, 2018.
- KUBO, A. T. V. *Aspectos do discurso jornalístico sobre a luta pela terra*. 2003. Dissertação (Mestrado em Estudos Lingüísticos - Análise do Discurso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Letras, Belo Horizonte.
- LEMKE, T. *Biopolitics: An advanced introduction*. Nova Iorque: New York University Press, 2011.

- LENERT, L.A.; SAKAGUCHI, F.H.; WEIR, C.R. Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. *Acad Med.* 2014 Mar;89(3):393-8.
- LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- MACEDO, G. S.; MACEDO, K. B. As relações de gênero no contexto organizacional: o discurso de homens e mulheres. *Rev. Psicol., Organ. Trab., Florianópolis*, v. 4, n. 1, p. 61-90, jun. 2004.
- MAIA, A. Do Biopoder à Governamentabilidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. *Currículo sem Fronteiras*, v.11, n.1, 2011.
- MANZO, B. F.; BRITO, m. J. M.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(2):388-94.
- MARIN, A.; WELLMAN, B. Social network analysis: an introduction. In: SCOTT, J., CARRINGTON, J. editores. *The Sage handbook of social network analysis*. London: SAGE; 2012.p.11-25.
- MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 8, n. 14, p. 21-32, Feb. 2004.
- MARTINS, C.C.F.; SANTOS, V.E.P.; PEREIRA, M.S.; SANTOS, N.P. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. *Cogitare enferm.* [Internet] 2014; 19(2): 287-93.
- MARTINS, L.; QUAYLE, J.; LIVRAMENTO, M. L.; LUCIA, M. C. S. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. *Psicologia, saúde & doenças*, 2003, 4 (1), 69-82.
- MAXFIELD, D. G.; LYNDON, A.; KENNEDY, H. P.; O'KEEFFE, D. F.; ZLATNIK, M. G. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):402-408.e3.
- MAX, L. C. Competências da Enfermagem: sedimentadas no sistema primary nursing. Petrópolis, RJ: EPUB, 2006.
- MELO, C. L. M.; GOMES, T. O.; NONATO, L. F.; DANTAS, R. Q. Transferência do cuidado e estratégias de comunicação efetiva em unidades de terapia intensiva. *Proenf.* 2018.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP)*, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.
- NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 20 [2]: 625-651, 2010.
- O'LEARY, K.J.; BUCK, R.; FLIGIEL, H.M., et al. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Arch Intern Med*, 2011;171:678-684.
- OLIVEIRA, et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 10 (Supl. 2): S433-S439 dez., 2010.
- OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, R. G. M. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. *Enfermagem Revista*, 2016.
- ORLANDI, E. P. *Análise do Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, Pontes, 1992.
- ORTIZ, E. M. N. *Né/Não é? – Uma abordagem discursiva*. Disponível em: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/29369-113493-1-SM.pdf>. Acesso em:26/10/2018.
- PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. *SAÚDE DEBATE* |Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1053-1064, OUT-DEZ 2015.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2011; 35 (1):103-9.
- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2009. p. 419-26.
- PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: KURCGANT, P. et al. *Gerenciamento em Enfermagem*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

- PEREIRA, B. T. et al. A passagem de plantão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 15, n. 2, 2011.
- PLETNEVA, N.; CRUCHET, S.; SIMONET, M.; KAJIWARA, M.; BOYER, C. Results of the 10th HON survey on health and medical Internet use. *Stud Health Technol Inform*. 2011; 169:73-7.
- POGREBINSCHI, T. Foucault, Para Além do Poder Disciplinar e do Biopoder. *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 63, 2004, p. 179-201.
- REVEL, J. Michel Foucault: conceitos essenciais. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani – São Carlos: Clara luz, 2005.
- RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. COMO MÉDICOS SE TORNARAM DEUSES: REFLEXÕES ACERCA DO PODER MÉDICO NA ATUALIDADE. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016.
- RUDELL, L. M. R., et al. Relações Interpessoais Entre Profissionais De Enfermagem E Familiares Em Unidade De Tratamento Intensivo: Estudo Bibliográfico . *Cogitare Enferm* 2010 Jan/Mar; 15(1):147-52.
- SANTOS, J. L. G. S.; COPELLI, F. H. S.; OLIVEIRA, R. J. T, et al. Ambiente de Trabalho do Enfermeiro na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018;8: e2099.
- SCHNEIDER, R. Redes sociais em empresas públicas: usos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ano XI, n. 10. Outubro/2015. NAMID/UFPB - <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica>.
- SCHWAPPACH, D. L. B.; GEHRING, K. Silence That Can Be Dangerous: A Vignette Study to Assess Healthcare Professionals' Likelihood of Speaking up about Safety Concerns. August 2014 | Volume 9 | Issue 8 | e104720.
- SILVA, M. F.; ANDERS, J. C.; ROCHA, P. K.; SOUZA, A. I. J.; BURCIAGA, V. B. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3):e3600015.
- SILVA, T. T. As pedagogias psi e o governo do eu nos regimes neoliberais. In: ____ (Org.). *Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu*. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 7-13.
- SILVEIRA, M. R.; SENA, R.R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *Rev Min Enferm*, 2011,15(2):196-201.
- SOUZA, P. M. R. A.; LOPES, A. L.; SCZUCHMACHER, V.; HILAL, A. V. G. Centralidade do trabalho na perspectiva de mulheres, em diferentes faixas etárias, que trabalham em empresas privadas do Rio de Janeiro. In: *ENCONTRO DA ANPAD*, 39., 2015, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: ANPAD, 2015.
- SPAGNOL, C. A. A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus nós? [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
- SPAGNOL, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):803-11.
- TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):e2560014.
- TRINDADE, A. S. O SABER MÉDICO NA DIALÉTICA DA SALVAÇÃO: Controle e utopia do poder medicalizante. *InterEspaço Grajaú/MA* v. 2, n. 4 p. 68-80 jun. 2016.
- VEIGA-NETO. Alfredo. *Foucault e a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- VELOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 126-132, Dec. 2012 .
- VELLOSO, I. S. C. Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. 2011. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- WIESER, H. P. A produção discursiva da moral do gênero fofoca: elementos para uma descrição micro e macrosocial da conversação cotidiana. 2009. 851 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Linguística, Universidade Federal do Ceará, 2009.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO					
Data	Categoria Profissional	Sigla		Local da Entrevista	
IDENTIFICAÇÃO					
Sexo		Estado Civil		Idade	
QUALIFICAÇÃO					
Área	Tempo de Formação	Graduação	Pós Graduação	Exp. na saúde	Exp. na UTIN
CARACTERÍSTICA DE TRABALHO					
Função	Vínculo	Setor de Trabalho	Tempo trabalho UTIN	Horário de Trabalho	
CARACTERÍSTICA DE TRABALHO					
Regime de Plantões	Jornada de Trabalho Semanal Inst.		N. Empregos	Jornada Trabalho Semana Total	

PERGUNTAS

- 1) Fale para mim o que é para você ser médico/ enfermeiro/ téc.aux. Enfermagem/ fisioterapeuta/ psicólogo/ assistente social.
- 2) Você se considera um bom profissional?
- 3) Fale sobre a sua rotina de trabalho aqui na UTI neonatal.
- 4) Como você vê as relações aqui no seu cotidiano de trabalho.
 - 4.1 Pode me dar algum exemplo para exemplificar essa relação?
 - 4.2 O que você considera realmente importante nessas relações?
 - 4.3 Como você vê os profissionais lidarem com situações de conflitos?
- 5) E como é a sua relação com a mãe/pai do RN?
- 6) O que você considera ser fundamental para oferecer assistência ao RN e à família?
- 7) Se você pudesse melhorar alguma coisa na relação entre os profissionais dessa unidade, o que você melhoraria?
- 8) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você, está convidada (o) a participar da pesquisa “Relações de poder em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” que tem como objetivo “Analisar a configuração das relações de poder em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em um Hospital Universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais”. A pesquisa está sendo realizada no UTI (UTIN) Neonatal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), sob a responsabilidade dos pesquisadores: Lázaro França Nonato e Meiriele Tavares Araújo (Coordenadora).

Trata-se de pesquisa qualitativa cuja coleta de dados será realizada por meio de entrevistas a respeito do objetivo proposto. Assim, você responderá perguntas sobre o seu cotidiano de trabalho na UTIN. Sr.(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e será utilizada exclusivamente para essa pesquisa. O Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação desta pesquisa. O Sr.(a) correrá o risco de sentir-se desconfortável ou incomodado durante a entrevista, no entanto, poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante a explicação sobre o projeto quantas vezes você sentir necessidade.

Sua participação neste estudo não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as entrevistas somente para produção de conhecimento.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa. Assinatura: _____ Número do documento de identidade: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 ____.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

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 34094592

Pesquisador Responsável: Meiriele Tavares Araújo

Avenida Alfredo Balena, 190/sala 522, Santa Efigênia. Belo Horizonte – MG. CEP 30 130 000. Fone: 34099851/Fax: 34099846.
Email.: enfaraujo@ufmg.br

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Vivências sobre o cuidado de recém-nascido pré-termo para familiares e para a equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva

Pesquisador: Meiriele Tavares Araujo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 61340716.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.277.725

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório de abordagem qualitativa, que visa compreender o cuidado prestado às famílias que vivenciam a internação de recém-nascidos pré-termos em UTIN, de 20 leitos, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, na perspectiva dos familiares e equipe multidisciplinar a partir de uma entrevista a partir de questões norteadoras. Segundo a metodologia, este estudo apresenta cinco características básicas para essa abordagem: a) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu

principal instrumento; b) os dados coletados são predominantemente descritivos; c) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; d) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; e e) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. Os dados serão coletados nos dias úteis, no turno tarde, por meio de entrevista a partir de roteiro semiestruturado, dividido em duas partes, sendo uma destinada à caracterização sociodemográfica dos participantes e outra, destinada à abordagem da vivência a partir das seguintes questões norteadoras que serão aplicadas às mães e/ou familiares do RNPT na UTIN do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.277.725

HC-UFMG: 1) Fale sobre o seu sentimento diante do nascimento de seu filho, 2) Como está sendo essa experiência de hospitalização do seu filho na UTIN, 3) Como você vê o cuidado de enfermagem que está sendo realizado com o seu filho, 4) Do que você sente falta nesse cuidado prestado pela equipe MULTIPROFISSIONAL. Para os profissionais as questões norteadoras serão: 1) Qual a sua percepção/sentimento sobre realizar os cuidados de enfermagem em um RNPT?, 2) O que você considera ser fundamental para oferecer assistência ao RNPT e à família? 3) Quais fatores você descreveria como facilitadores e dificultadores dessa assistência? 4) Como você percebe a relação do profissional de saúde com a mãe e/ou familiar de RNPT? Como você vê a influência da participação da família na segurança do paciente? As entrevistas serão registradas por meio de um gravador digital com posterior transcrição, releitura do material e organização dos depoimentos. Os dados referentes às informações sociodemográficas serão organizados e apresentados em tabelas e os relatos das vivências dos familiares e profissionais serão analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin. Nos critérios de inclusão na pesquisa, foram definidos: ser mãe e/ou familiar de RNPT hospitalizado há mais de 15 dias, ser maior de 18 anos e concordar em participar da pesquisa, para os profissionais serão incluídos aqueles com atuação maior ou igual a 1 ano em UTIN, não estarem de férias e concordarem em participar.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos:

Objetivo Primário: Compreender o cuidado prestado às famílias que vivenciam a internação de recém nascidos pré-termos em UTIN na perspectiva dos familiares e equipe multidisciplinar.

Objetivo Secundário: Conhecer a vivência da mãe e familiares de um RNPT internado em UTIN. Analisar a percepção dos familiares quanto à internação do RNPT e aos cuidados de enfermagem recebidos. Analisar a percepção da equipe multiprofissional sobre o cuidado ao RNPT. Analisar a participação da família na segurança do paciente da unidade neonatal na perspectiva da equipe multiprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto foram descritos como:

Riscos: Existe o risco de constrangimento que poderá ser minimizado ao se proporcionar um local para entrevista confortável e resguardado.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.277.725

Benefícios: A compreensão dessas vivências pode auxiliar para evitar conflitos entre profissionais e familiares na UTIN, bem como promover melhorias nessa relação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores encaminham o presente projeto de pesquisa, em anexo, para apreciação do COEP-UFMG como adendo ao projeto intitulado "Vivências sobre o cuidado de recém-nascido pré-termo para familiares e para a equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva". Informam que durante a coleta e análise de dados iniciais desse projeto maior, foi possível perceber a necessidade de se aprofundar compreensões sobre as relações de poder existentes no cenário da terapia intensiva neonatal focalizado na ótica multiprofissional do setor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados conforme consta em parecer número 1.966.961, datado de 15 de Março de 2017.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis pela aprovação de emenda ao projeto de pesquisa sob responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Meiriele Tavares Araujo, intitulado: Vivências sobre o cuidado de recém-nascido pré-termo para familiares e para a equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.277.725

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_962302E1.pdf	10/08/2017 11:22:31		Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_da_Emenda.pdf	10/08/2017 11:21:52	Lázaro França Nonato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.docx	17/07/2017 16:47:06	Lázaro França Nonato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO.docx	17/07/2017 16:45:34	Lázaro França Nonato	Aceito
Outros	61340716aprovacao.pdf	15/03/2017 19:06:22	Vivian Resende	Aceito
Outros	61340716parece.pdf	15/03/2017 19:06:13	Vivian Resende	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	23/02/2017 15:13:54	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	aceitecephcufmg.pdf	06/02/2017 13:57:38	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	carta.pdf	20/12/2016 16:51:10	Meiriele Tavares Araujo	Aceito

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/10/2016 14:53:16	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	Parecer242016ENA.pdf	20/10/2016 15:06:43	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	613407160emendaassinada.pdf	15/09/2017 11:18:21	Vivian Resende	Aceito
Outros	613407160parecerassinado.pdf	15/09/2017 11:18:29	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Setembro de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br