

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Pollyana Almeida Santos

**Trabalho e Autoridade: as relações de poder em uma
equipe multiprofissional de saúde**

Taubaté – SP

2020

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Pollyana Almeida Santos

**Trabalho e Autoridade: as relações de poder em uma
equipe multiprofissional de saúde**

Dissertação apresentada à Universidade de Taubaté, para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté. Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.
Orientador: Prof.^a Dra. Elisa Maria A. Brisola
Coorientador: Prof.^a Dra. Suzana L. S. Ribeiro

Taubaté – SP

2020

POLLYANA ALMEIDA SANTOS

Trabalho e Autoridade: as relações de poder em uma equipe multiprofissional de saúde

Dissertação apresentada à Universidade de Taubaté, para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação e Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté. Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

“Hoje o indivíduo se explora e acredita que isso é realização”
(Byung-Chul Han)

AGRADECIMENTOS

Às minhas queridas orientadoras, que foram educadoras e me ensinaram muito mais do que informações, pois contribuíram para a construção da minha identidade e da minha formação profissional. Devido a elas, fui instigada a buscar respostas para minhas perguntas e a alcançar uma visão crítica sobre a realidade.

Ao Programa de Pós-Graduação da UNITAU, que permitiu uma vivência única com os professores que contribuíram com este trabalho.

Ao meu marido, Wellington Hiroto, que entendeu e me apoiou durante este percurso com frases de incentivo e de motivação.

Aos meus pais, Hélio e Célia, que me ensinaram o valor da Educação e da honestidade.

Aos colaboradores desta pesquisa, os meus agradecimentos especiais, pois compartilharam as suas histórias, anseios e sentimentos.

RESUMO

O conceito de poder é complexo e ultrapassa a simples coerção, a violência ou a representação jurídica, mas se manifesta nas relações com os outros. Dessa forma, as assimetrias de poder podem ser percebidas em diferentes campos da vida, tal como no trabalho em saúde. Nesse sentido, propõe-se avaliar os diferentes sentidos da autonomia profissional e identificar as microrrelações de poder existentes entre os membros de uma equipe multiprofissional em saúde de um Hospital Geral no interior do Vale do Paraíba Paulista. Por meio de análise da literatura e da triangulação de métodos e, sobretudo, com uso da metodologia de História Oral, procedeu-se a coleta das narrativas com 07 profissionais de saúde de diferentes áreas. O estudo permitiu conhecer a trajetória de cada participante assim como diversas interpretações sobre os sentidos da autonomia e da autoridade no âmbito da instituição de saúde. As relações de poder evidenciadas são complexas e dinâmicas, demonstrando correlação com a “cultura senhorial” brasileira, em que são naturalizadas as desigualdades e promovido o discurso em que o inferior na escala organizacional e no reconhecimento social deve obedecer ao superior (aquele que detém o maior conhecimento ou cargo hierárquico). Concluiu-se que, no ambiente estudado, existem três principais meios pelos quais o poder se exerce: o gerencial-institucional, o cultural e o saber.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Humano. Equipe Multiprofissional de Saúde. Relações de Poder. Autoridade. Autonomia.

ABSTRACT

The concept of power is complex and goes beyond simple coercion, violence or legal representation, but it manifests itself in relationships with others. In this way, the asymmetries of power can be perceived in different fields of life, such as health work. In this regard, it has proposed to assess the different senses of the professional autonomy and identify the micro-relationships of power existing among the members of a multiprofessional health team in a General Hospital in the countryside of Vale Paraíba Paulista. Through analysis of literature and triangulation of methods, and above all, with the use of Oral History methodology, it has been proceeded the collection of narratives with 07 health professionals of different areas. The study allowed to know the trajectory of each participant, as well as, various interpretations about the senses of autonomy and authority in the scope of the health institution. The evidenced power relations are complex and dynamic, showing correlation with the Brazilian “manorial culture”, whereby the inequalities are naturalized and the speech in which the inferior in the organizational scale and social recognition should obey the superior (the one that holds the highest knowledge or hierarchical position) is promoted. It has been concluded that in the studied environment, there are three principal means through which the power is exercised: the institutional management, the cultural and the knowledge.

KEY WORDS: Human Development, Multiprofessional Health Team, Relations of Power, Authority, Autonomy.

LISTA DE SIGLAS

ANAPH	–	Associação Nacional de Hospitais Privados
BDBTD	–	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	–	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CEP/UNITAU	–	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté
CFE	–	Conselho Federal de Farmácia
COFFITO	–	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CFM	–	Conselho Federal de Medicina
CFP	–	Conselho Federal de Psicologia
CLT	–	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	–	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	–	Conselho Regional de Enfermagem
CREFITO 3	–	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 3ª
Região		
CRF	–	Conselho Regional de Farmácia
CRM	–	Conselho Regional de Medicina
DARF	–	Documento de Arrecadação de Receitas Federais
DRS	–	Diretoria Regional de Saúde
EFS	–	Estratégia Saúde da Família
FBAH	–	Federação Brasileira de Administradores Hospitalares
HO	–	História Oral
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS	–	Instituto Nacional do Seguro Social
ONA	–	Organização Nacional de Acreditação
PEEP	–	Pressão Positiva Expiratória Final
PIB	–	Produto Interno Bruto
PNUD	–	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SciELO	–	Scientific Eletronic Library Online

SIGTAP	–	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SES	–	Secretaria Estadual da Saúde
SUS	–	Sistema Único da Saúde
VNI	–	Ventilação Não Invasiva
UBS	–	Unidades Básicas de Saúde
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Trabalhos selecionados por assunto e profissional	27
Tabela 2 – Descrição dos profissionais da pesquisa	71
Tabela 3 – Perfil hierárquico dos profissionais da pesquisa	95
Tabela 4 – Referência a outras profissões por categoria	118
Quadro 1 – Histórico das profissões de saúde no Brasil	57

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 – Mídias visuais sobre a temática médica produzidas de 1950 a 2019	93
Gráfico 2 – Mídias visuais sobre a temática médica produzidas por país de origem	94
Figura 1 – Participação dos Municípios no valor adicionado por setores de atividade econômica em 2017	20
Figura 2 – Organograma da instituição estudada	21
Figura 3 – Setorização hierárquica do Hospital Estudado	21
Figura 4 – Relações entre os diferentes tipos de poder	119

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problema	17
1.2 Objetivos	17
1.2.1 Objetivo geral	17
1.2.2 Objetivos específicos	17
1.3 Delimitação do estudo	17
1.3.1 Contextualização e importância econômico-social do Hospital localizado na Região Metropolitana do Vale do Paraíba	18
1.4 Relevância do estudo	22
1.5 Organização da pesquisa	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 Identidade e equipe multiprofissional em saúde	25
2.1.1 Identidades em conflito	34
2.2 Identidade, cultura e trabalho na saúde	34
2.3 Contextos da organização do trabalho em saúde	39
2.4 Poder e autoridade	43
2.5 Cultura organizacional e hierarquia da instituição estudada	46
2.6 Profissionalização e monopólios profissionais	51
2.7 As relações de poder entre os profissionais, o clero e o Estado: uma perspectiva histórica	53
2.8 Biopolítica: uma análise no contexto brasileiro	60
3 METODOLOGIA	63
3.1 Tipo de pesquisa	63
3.2 População	64
3.3 Instrumentos	66
3.4 Procedimentos para a coleta de dados	66
3.5 Procedimentos para a análise de dados	68
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
4.1 Identidades profissionais em construção	73
4.2 Interfaces das relações de poder entre colaborador e pesquisador	75
4.3 Valorização profissional: sentimentos e conflitos	83

4.4 Reflexões sobre autonomia profissional	96
4.5 Ilusão da liberdade profissional	108
4.6 As ramificações do poder profissional	116
4.6.1 O domínio pela venda do serviço especializado	120
4.6.2 A naturalização da obediência pela superioridade do saber	122
4.6.3 O poder silencioso da instituição de saúde	125
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICE I – Roteiro para Entrevista	
APÊNDICE II – Narrativas	
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO B – Autorização do CEP – UNITAU	

1 INTRODUÇÃO

Para explicar como surgiu o interesse pelo tema desta dissertação, preciso abordar a minha própria trajetória. Afinal, desde pequena, no âmbito familiar, escutava como a ausência do trabalho – a vadiagem – era ruim para o caráter. Para meus pais, a melhor herança se resumia em uma boa “educação formal”.

Logo cedo, aprendi que minhas escolhas podiam afetar o meu futuro. Um livro passou a ser mais importante do que uma calça da moda. Cursar uma Universidade Federal tornou-se um objetivo, que realizei a duras penas e com esforços familiares. Foram horas de dedicação e trabalho, que compensaram anos de uma educação pública, que refletiam a falência do nosso sistema de ensino com salas lotadas.

Naquele momento, o mérito já fazia parte da minha formação e de meus valores. Tudo era possível, com muito esforço. Por isso, desde o primeiro ano, estudei com afinco e me formei com honras de melhor aluna. Entretanto, no dia da colação de grau, um certo amigo me disse que a profissão de farmacêutico clínico era apenas uma “utopia”, afinal não existia farmácia clínica no Brasil. Mesmo assim, não desanimei e continuava pensando: “o trabalho pode mudar minha história!”

Em 2007, finalmente, fui contratada em um hospital e, após dois anos, junto com outros colegas, conseguimos construir o serviço de farmácia clínica. Contudo, foi uma pequena vitória, pois percebia que o farmacêutico ainda não era reconhecido. Conclui: “falta mais estudo!” Dessa forma, fiz duas pós-graduações, mas o resultado ainda não era o imaginado.

Então, a inquietude tornou-se presente: faltava mais trabalho ou mais conhecimento? Nada parecia suficiente para explicar essa questão, pelo menos aquilo que conseguia perceber na “superfície”. Comecei a questionar como alguns profissionais tinham mais poder do que outros e eram mais bem vistos socialmente.

A solução parecia simples: estudar para compreender como se dão os processos de valorização do trabalho em saúde e como as divisões técnicas relacionadas a cada categoria ocupacional geram diferentes níveis de autonomia na prestação da assistência ao paciente. Naquela época, a especialização parecia ser uma “fórmula mágica” para conseguir “poder profissional”.

Contudo, não foi nesse momento que entendi as proposições de Giddens (2002), ao dizer que o mundo em que vivemos agora é, em certos aspectos, muito diferente daquele habitado

pelos homens em períodos anteriores da história. Este mundo moderno¹ cria formas de fragmentação e de dispersão, o que intensifica a separação entre as áreas de saber.

O que não é diferente na área de saúde, pois ela também hierarquiza conhecimentos e dificulta o trabalho em equipe, ao mesmo tempo em que tensiona os objetivos de cuidado e de atenção aos pacientes. Assim, mesmo após tantos estudos, permaneciam as dúvidas: quais dinâmicas de subordinação e de dominação permeiam as práticas de diferentes profissionais? Percebia no cotidiano que, culturalmente, algumas profissões eram “naturalmente” superiores.

Na verdade, em meu processo de formação pude compreender que a cultura é muito mais dinâmica, permeada por símbolos e expressões sociais e, para estudá-la, é necessária uma ciência interpretativa que procura e atribui significados. Não obstante, a cultura deve ser entendida como algo complexo, que envolve os acontecimentos sociais, as instituições e os processos, ou seja, é um contexto e este precisa ser descrito com densidade (GEERTZ, 1989), o que se assemelha a dinâmicas sociais dentro das instituições.

Dessa forma, faz sentido começar pelo *ethos* linguístico de “doutor”. Afinal, esta palavra é largamente utilizada por diversas categorias profissionais, o que gera discussões sobre quem deve fazer uso desse título. Entretanto, todas as variedades de doutores acreditam que privilégios e garantias se originam do saber da ciência. Igualmente, a aristocracia doutoral é normalmente constituída pelos cidadãos formados nas escolas superiores de medicina, direito e engenharia, e ressalta as concessões de privilégios, alguns constantes nas leis e outros consignados nos costumes, como uma espécie de respeito religioso pela nobreza de doutores (MATOS, 2016). Não é segredo que existe um estereótipo relacionado às profissões com alto grau de autonomia técnica (MACHADO, 1997), especialmente a medicina, em que as formas de poder estão costumeiramente atreladas ao saber (CARAPINHEIRO, 1991).

Por outro lado, não é apenas o saber que concede este “poder social”. Assim, para compreender as diferentes relações de poder, este trabalho procurou analisar as histórias relatadas pelos profissionais de saúde, que formam uma equipe multidisciplinar em um hospital no interior da Região Metropolitana do Vale do Paraíba.

O método escolhido foi o da História Oral, já que ele permite trazer narrativas complexas que abordam assuntos plurais, construídas a partir de diversas interpretações e produz conhecimento por intermédio da valorização dos sujeitos e de suas experiências. Dessa forma, é possível compartilhar um ponto de vista diferenciado sob determinado fato histórico,

¹ Para Giddens (2002), a sociedade contemporânea não pode ser considerada pós-moderna ou pós-industrial. Na verdade, o autor prefere a terminologia modernidade alta ou tardia para representar a realidade atual, que ainda não rompeu com os parâmetros da modernidade propriamente dita.

por meio de uma narrativa que considera os sentimentos daqueles que vivenciaram os acontecimentos (RIBEIRO, 2016).

Este trabalho, em que existiu a colaboração entre pesquisador e pesquisado, permitiu a construção de conhecimento reflexivo e compartilhado, pois, à medida em que as análises eram realizadas, muitas outras questões foram levantadas.

Nesse ponto, consegui compreender que as desigualdades sempre estiveram escondidas no discurso do “mérito” e na ideia do conhecimento especializado. O poder não é algo que uma pessoa tenha de forma concreta. Ele se estabelece nas relações entre os diferentes sujeitos. Ademais, percebi que a competitividade divide e segrega, constituindo-se em estratégia silenciosa para aqueles que se mantêm em uma posição de dominação.

Embora não tenha conseguido a fórmula mágica para subir na hierarquia profissional, o que alcancei com esta pesquisa é algo que uma funcionária me disse dias atrás: “Minha chefe mudou muito, ela está na ‘paz’ depois desse mestrado”! Assim, posso dizer que a beleza do conhecimento está no potencial de promover a transformação e esse pode ser irradiado para além de um indivíduo, mas para as instituições, para os coletivos e, quem sabe, para a sociedade.

Ora, tendo em vista o que se apresenta neste texto, o ponto de partida deste trabalho, começa com a fundamentação sobre o poder. Han (2019) afirma que há um caos teórico sobre o conceito desta palavra e que ela pode ser percebida sob diferentes perspectivas – a jurídica, a política, a sociológica e a filosófica – muitas vezes contraditórias. O autor busca trazer um conceito móvel e reflete sobre como a unificação dessas representações pode ajudar na compreensão do que é o poder. Essa proposta de unificação para criar algo novo retrata a interdisciplinaridade, que é “[...] sustentada por um conjunto de princípios teóricos formulados sobretudo por autores que analisam criticamente o modelo positivista das ciências e buscam resgatar o caráter de totalidade do conhecimento” (THIESEN, 2008, p.39).

Aliás, a interdisciplinaridade proposta neste mestrado permitiu o desenvolvimento deste projeto, pois historiadores, sociólogos, pedagogos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, entre outros, contribuíram na construção das análises e dos resultados. Afinal, as aulas, os seminários e a interação interdisciplinar permitiu uma dialética que se reflete em toda análise da complexidade das relações de poder observadas.

Foucault (2018) argumenta que se “quisermos apreender os mecanismos de poder, em sua complexidade e detalhe, não poderemos nos ater unicamente à análise dos aparelhos de Estado”. Assim, faz-se necessária uma observação de como as estruturas de poder são irradiadas

pela sociedade agindo por intermédio das relações, que se exercem e interagem (FOUCAULT, 2018).

Dessa maneira, nesta pesquisa, entende-se que o poder está além da opressão e inclui mecanismos de gerenciamento da vida dos homens com o objetivo de aumentar a produtividade e de promover uma espécie de pacificação social. Certamente, pode ser estruturado em níveis macro e micro, e será encontrado nas instituições, tal como no hospital estudo.

1.1 Problema

Pensando nisto, há diferentes graus de autonomia e de organização dos poderes dentro de instituições e não é diferente em uma unidade hospitalar. Com isso, vale questionar, como estas relações de poder em redes, institucionalizadas ou não, afetam o exercício profissional da equipe multidisciplinar na área da saúde?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as relações de poder estabelecidas entre os integrantes da equipe multiprofissional de saúde, em seu exercício profissional.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o sentido de autonomia para os integrantes da equipe multiprofissional e seus sentimentos de valorização ocupacional.
- Identificar como se dão os processos de tomada de decisão e como as relações de poder afetam o exercício profissional.
- Apontar os principais pontos das relações estabelecidas entre os profissionais da saúde no cotidiano de uma instituição de saúde;
- Mapear as relações de poder existente entre os integrantes da equipe multidisciplinar.

1.3 Delimitação do estudo

A pesquisa tem como objeto o estudo das relações de poder e de autonomia estabelecidas entre os membros da equipe multiprofissional em ambiente hospitalar, buscando apontar, por meio da História Oral, os aspectos que caracterizam a atividade laboral, seus elementos de

valorização e as relações de autoridade entre diversas categorias profissionais. O cenário em que estão inseridos os profissionais entrevistados será o *background* para a avaliação das estruturas de autoridade e dos relacionamentos sociais.

Os serviços de saúde têm exigências particulares em termos de organização e de gestão. São complexos em suas naturezas e variáveis quanto às dimensões biofísicas e psicossociais. Indubitavelmente, as organizações de serviços públicos são afetadas pelo ambiente sociopolítico e suas diretrizes são determinadas por uma autoridade externa. Contradições marcantes são encontradas nesses ambientes, especialmente quando se referem a questões econômicas e de interesses políticos. De certo modo, as organizações de serviços públicos são mais vulneráveis, burocráticas e regulamentadas (DUSSAULT, 1992).

A unidade hospitalar onde foi realizado este estudo fica localizada no Vale do Paraíba paulista e presta serviços em diversas especialidades de média e alta complexidade². Tem como perfil principal o atendimento cirúrgico e, atualmente, é administrada por uma entidade sem fins lucrativos. A instituição, que não será nomeada neste estudo por questões éticas, oferece pronto atendimento adulto e infantil, Unidade de terapia intensiva (UTI) geral e cardiológica, exames clínicos e diagnósticos por imagem, além de hemodinâmica. Como unidade de referência, tem destaque para as especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, oncologia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, cardiologia intervencionista e o tratamento de doenças renais.

1.3.1 Contextualização e importância econômico-social do Hospital localizado na Região Metropolitana do Vale do Paraíba

Os hospitais são instituições fundamentais para a comunidade e passaram por transformações estruturais que os tornaram complexas organizações detentoras de alta tecnologia e com recursos humanos qualificados (GONÇALVES, 1998). Assim, a região em que a estrutura matricial está inserida influenciará na organização da assistência à saúde em virtude da epidemiologia e dos aspectos econômicos locais.

Primeiramente, a instituição estudada está localizada no Estado de São Paulo que conta com 44,6 milhões de habitantes e tem um Produto Interno Bruto (PIB) de 2 trilhões, o que representa um terço do brasileiro. Além disso, o sistema econômico paulista se diferencia do

² A média complexidade e a alta complexidade são ações e serviços que atendem problemas e agravos de saúde, todavia, mas demandam de profissionais altamente especializados assim como a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

cenário brasileiro por sua maior expressividade na atividade econômica de serviços – que incluem a prestação em saúde – e menor participação em agropecuária. Outro fator é que a atividade econômica se aglutina nos eixos rodoviários: Anhanguera, Bandeirantes e Dutra (SÃO PAULO, 2020). Na figura 1, é possível verificar a taxa de participação de serviços por região do Estado de São Paulo em 2017.

Já a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte apresenta uma população de 2,5 milhões de habitantes, com uma taxa de urbanização de 94,72 %, sendo que o número de leitos SUS está em um índice de 1,08 por mil habitantes, um pouco abaixo do Estado (1,28 por mil habitantes).

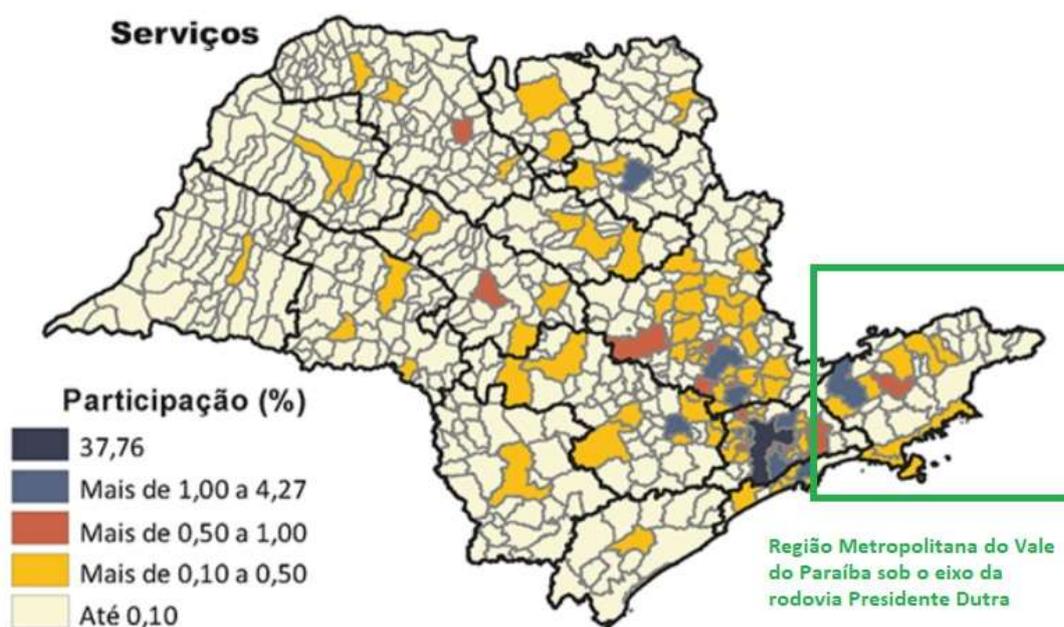
Pensando dentro dos princípios organizativos do SUS – regionalização e hierarquização³ – houve uma necessidade de estabelecer um Hospital Geral que atendesse esta população sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Em 2003, começaram movimentações políticas para remanejar mais recursos para a Saúde e, no mesmo período, uma Santa Casa localizada na região detinha uma dívida de cerca de R\$ 10 milhões e um déficit mensal de R\$ 300mil, que levou ao fechamento das atividades assistências assim como o atraso do pagamento dos colaboradores. Portanto, em 2004, o Governo do Estado de São Paulo assume as atividades da antiga Santa Casa de Misericórdia e, por meio de repasses, revitaliza a estrutura hospitalar de modo a assistir à população com foco em atendimentos de alta e média complexidade. Assim, a antiga estrutura é transformada para abrigar diversos pontos de atenção à saúde: ambulatorios especializados, pronto atendimento para apoio aos serviços móveis de urgência devido à localização próxima à rodovia Presidente Dutra, bloco cirúrgico, hemodiálise, unidade de terapia intensiva, entre outros serviços.

Todavia, não se trata de um hospital sob gestão direta, pois a direção do hospital passa a ser responsabilidade de uma sociedade de direito privado e que, de acordo como o modelo de contratualização, tem metas estabelecidas de atendimento com a Secretaria de Saúde do Estado de Paulo (SES/SP). É considerado um nosocômio de grande porte por ter acima de 150 leitos. Além disso, tem capacidade para atendimento dos pacientes de saúde suplementar, embora mais

³ Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade e circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, também a partir do estudo da população a ser atendida. A regionalização permite uma racionalização dos recursos e da capacidade instalada, pois possibilita a articulação dos serviços que já existem, visando ao comando unificado. Em relação à hierarquização, a atenção à saúde se dá através de níveis e garantem o acesso à complexidade requerida para cada caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. No hospital estudado, por ser de caráter especializado, a Central de Regulação avalia quais pacientes dentro na abrangência da região conhecida como DRS XVII deve ser assistida, a partir de uma avaliação sob quais tecnologias médicas a doença requer.

de 80% de suas vagas sejam destinadas aos pacientes do Sistema Único de Saúde procedentes da Central de Regulação do Departamento Regional de Saúde (DRS XVII Taubaté), que contempla 39 municípios paulistas. Em agosto de 2009, conseguiu a certificação em qualidade de acordo com as diretrizes da Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo que, em 2017, atingiu o nível de excelência.

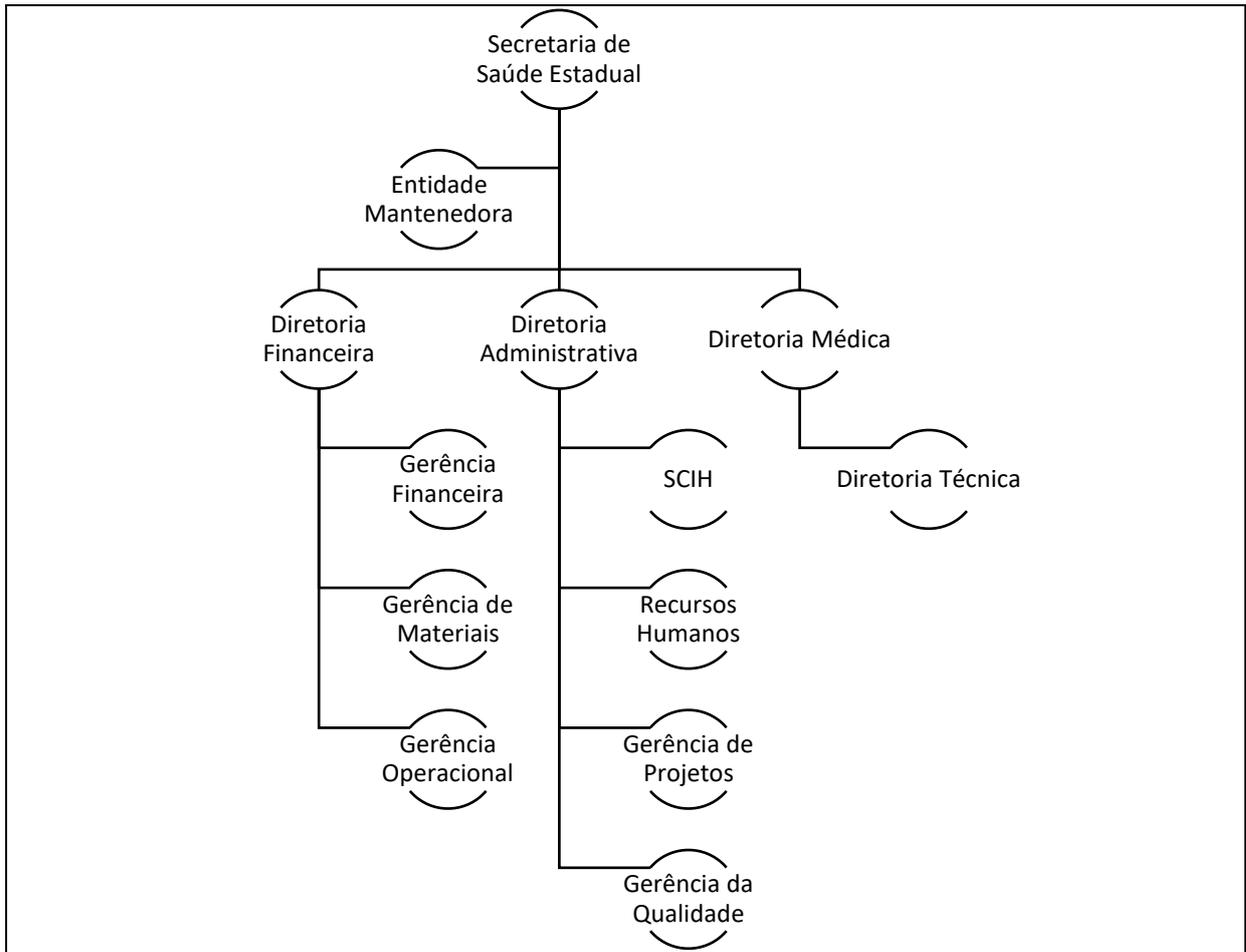
Figura 1 – Participação dos Municípios no valor adicionado por setores de atividade econômica em 2017



Fonte: Adaptado de SÃO PAULO, 2020.

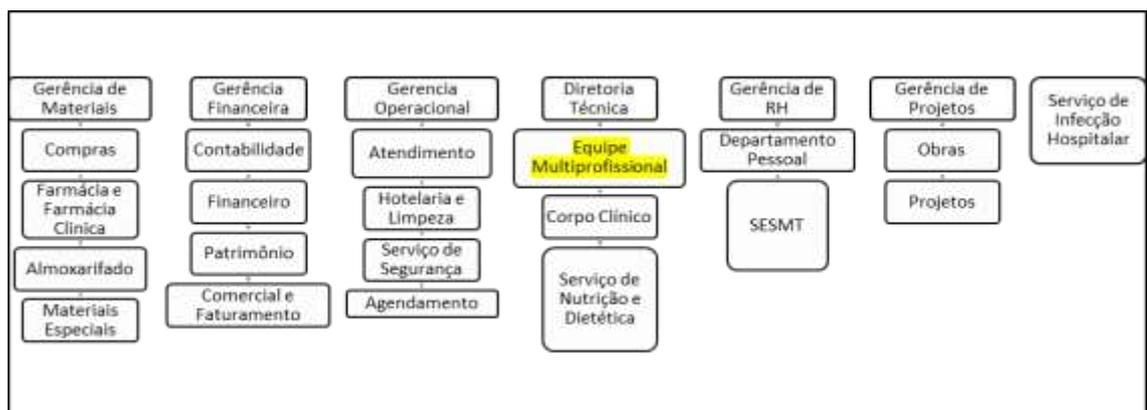
No corpo clínico são mais de 400 médicos e os recursos humanos são variados, pois contam atualmente com mais de 1000 colaboradores diretos com diferentes cargos e funções. São cerca de 1300 internações pacientes/mês. No pronto atendimento, são atendidos em média 5.600 pacientes/mês; no setor de serviços diagnósticos, são realizados, em média, 74000 mil exames; quanto à produção de consultas ambulatoriais, são cerca de 10500 atendimentos. Também são realizadas, em média, 490 pequenas cirurgias, sendo que, no centro cirúrgico, são realizados, em média, 900 procedimentos/mês.

Figura 2 – Organograma da instituição estudada



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2019.

Figura 3 – Setorização hierárquica do Hospital Estudado



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Dado ao exposto, é possível compreender como os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações. Além disso, a maioria das instituições são administrados atualmente sob uma perceptiva empresarial, dividindo os seus espaços (setorização) e os recursos humanos (GONÇALVES, 1998).

Similarmente, a instituição estudada adota esses moldes de setorização, o que promove uma organização hierárquica diversificada. As diretorias especializadas tendem a gerenciar áreas sob o aspecto normativo da entidade mantenedora, todavia o papel do Estado também aparece como um gerenciador dos objetivos a serem atingidos no que se refere às metas assistenciais.

O método empresarial permite uma gestão científica da estrutura matricial, contudo, como se percebe, a compartimentalização impede um trabalho efetivamente interdisciplinar, gerando tensões entre os profissionais, o que poderá ser percebido nos capítulos posteriores.

1.4 Relevância do estudo

Existe uma interrelação entre Desenvolvimento Humano e saúde, como aponta o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/2019). Segundo o relatório, cerca de 17% das crianças nascidas em países com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) terão falecido antes dos vinte anos. De fato, há uma desigualdade mundial a ser pensada criticamente, pois tais questões relacionadas ao baixo desenvolvimento humano prejudicam a coesão social, a confiança no Estado e nas instituições, constituindo-se obstáculo ao desenvolvimento sustentável. Ademais, o desenvolvimento de um país não deve ser somente pensado sob o âmbito econômico, considerando apenas medidas em uma única dimensão. Faz-se necessário observar todos os aspectos da qualidade de vida, que incluem saúde e trabalho (CONCEIÇÃO, 2019).

Na verdade, as desigualdades podem ser acumuladas ao longo da vida, à medida que há desequilíbrios profundos de poder. Aliás, isto é um dos fatores que geram injustiças sociais, advindas, normalmente, de questões enraizadas nas sociedades e estruturas políticas e econômicas que permitem que privilégios sejam acumulados durante um ciclo de vida. Nesse sentido, deve-se pensar muito além da redistribuição de renda, adotando uma abordagem mais ampla e sistêmica (CONCEIÇÃO, 2019). Por outro lado, para a diminuição real das desigualdades, deve-se percorrer um caminho para a redistribuição de poderes e privilégios. Afinal, as desigualdades de valorização e de prestígio normalmente envolvem diferenças significativas em condições de trabalho e de remuneração entre os profissionais, que variam de acordo com o local de atuação e a própria profissão. Do mesmo modo, a precarização do trabalho em saúde afeta não somente os indivíduos que ali prestam serviço, mas também o corpo social que recebe a assistência.

Há relatos na literatura sobre esse tema, sendo que Faria e Dalbello-Araújo (2011) abordaram a precarização e a organização do processo de trabalho em profissionais de saúde no âmbito da atenção primária. As autoras relataram que o modelo tradicional biomédico e a forma de contratação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) demonstraram que os vínculos contratuais são frágeis, sob a forma de terceirizações, ocorrendo forte influência do modelo gerencial. Além disso, o estudo constata, também, os efeitos negativos sob os próprios trabalhadores, que estão imersos em um ambiente de instabilidade e de desvalorização. Tais questões afetaram o exercício profissional e o processo produtivo do cuidado em saúde.

Assim, as relações de trabalho flexíveis permitem pagar salários menores, além de aumentar a jornada de trabalho, entre outras injustiças. Na saúde, esse é um dilema vivenciado por muitos que atuam na área.

Um estudo, que adotou a metodologia de História Oral (HO), destacou narrativas de pessoas que vivenciaram esse processo. A análise permitiu entender que tais relações de trabalho influenciaram a própria instituição, dificultando a organização dos processos de trabalho e interferindo nas relações interpessoais. Os profissionais conviviam em um ambiente de trabalho com diferentes salários e desigualdades de direitos, vantagens e deveres (ALVES *et al.*, 2015). Isso impedia a realização de um trabalho verdadeiramente multiprofissional, afinal existe uma dificuldade na realização de um trabalho colaborativo e integrado entre as diferentes profissões, o que abala a prestação das atividades assistenciais (SOUZA, 2010).

Não obstante, as relações de poder que permeiam o exercício das atividades em saúde também colaboram essa realidade, devido à presença de assimetrias de força interprofissionais. Ademais, essas relações muitas vezes são mascaradas pelo cotidiano e, como pontua Han (2019, p. 10, grifos do autor), “quanto mais poderoso for o poder, mais *silenciosamente* ele atuará. Onde ele precise dar mostras de si, é porque já está enfraquecido”. Nessa direção, entender as relações de poder entre a equipe multiprofissional de saúde ajudará a construir o conhecimento nessa área e poderá, por meio de uma análise crítica, construir ações que minimizem as assimetrias de poder e contribuam com o desenvolvimento humano.

1.5 Organização da pesquisa

Na Introdução, apresentou-se o trabalho e descreveu-se o problema de pesquisa assim como os objetivos a serem atingidos, a justificativa e seu relacionamento com o desenvolvimento humano. Já o referencial teórico contextualizou as identidades profissionais

dos membros da equipe multiprofissional. Para isto, foi realizada pesquisa em base de dados e foram trazidos diversos autores para melhor compreensão de diversas questões.

Dando seguimento, na metodologia foi possível descrever os processos metodológicos da HO e os procedimentos específicos para registro das narrativas e sua análise. Os resultados e sua discussão trataram das narrativas cotidianas dentro do hospital e suas redes de poder formais e informais.

Por meio da análise das narrativas, documentos da instituição e consulta bibliográfica, buscou-se identificar as estruturas hierárquicas estabelecidas dentro da instituição de saúde pesquisada. Além disso, extraiu-se das entrevistas as perspectivas dos profissionais de saúde sobre seu trabalho, sobre sua valorização e sobre os sentidos de autonomia e autoridade.

Nas considerações finais, nota-se que as relações de poder estabelecidas entre a equipe multiprofissional são complexas e dependem de fatores de espaço-tempo, além de ser mutáveis dentro da relação sujeito-sujeito. Ademais, os fatores externos tal como posição social, *status* profissional e cultura influenciam na visão do narrador sobre a sua própria autonomia, dimensão de poder individual e interpretação sobre o domínio que outros profissionais exercem sobre si e sobre a profissão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta sessão divide-se em seis tópicos e tem o propósito de conceituar e apresentar a investigação realizada na literatura para sustentar esta pesquisa. No tópico 2.1, contextualizou-se as identidades profissionais atuantes na área da saúde, por meio de consulta em base de dados. Já no item 2.2, foram selecionados alguns autores que contribuíram para a análise de dados desta dissertação. Em 2.3, foram discutidas as relações de trabalho contemporâneo e suas implicações no ambiente hospitalar. No 2.4, foram analisados os pontos de intersecção entre poder e autoridade. Na sequência, no item 2.5, foi tecida uma discussão sobre a cultura organizacional da instituição estudada e, por fim, em 2.6, foram discutidas as relações de poder no contexto histórico brasileiro.

2.1 Identidade e equipe multiprofissional em saúde

Os estudos de revisão de literatura têm por objetivo organizar, esclarecer e resumir o conhecimento existente, abrangendo literatura relevante assim como um panorama histórico sobre o tema ou assunto proposto (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014). Dentro desta análise, esta revisão foi realizada na forma de narrativa, pois tencionou-se mapear os estudos existentes sobre identidade da equipe multidisciplinar em saúde para melhor elucidar os sujeitos de pesquisa.

Uma revisão do tipo narrativa pode fornecer um exame da literatura recente, mas tem como objetivo específico trazer uma visão geral e parte de um processo de identificação para a possível inclusão de um texto. Afinal, o próprio processo de escolha permite uma variabilidade, já que depende do pesquisador para a exclusão ou para a inclusão de um determinado estudo, pois podem trazer o viés do pesquisador, por que não se utiliza uma forma sistemática e rígida para seleção dos artigos (GRANT; BOOTH, 2009).

Todavia, este trabalho não pretende excluir a natureza do pesquisador, aliás, deseja, a partir disso, trazer uma reflexão sobre a importância da subjetividade nas pesquisas, especialmente as qualitativas. Afinal, aquela percepção de que o conhecimento gerado (seja no âmbito da ciência, da tecnologia, da política ou do exercício profissional) a partir de um julgamento pessoal está apartado da objetividade e, por vezes, fez com que a subjetividade fosse vista como de forma pejorativa. Foucault (2018) já problematizava a objetivação nos processos científicos, quando discute principalmente as hierarquias dos saberes.

Dessa forma, nesta revisão narrativa, foram inclusas também outras referências de diversas áreas do conhecimento para avaliação de lacunas e para revisão de teorias.

Assim, nesta sessão, busca-se conhecer as publicações sobre o tema identidade dos profissionais de saúde. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos e periódicos dos últimos cinco anos (2015-2019), em qualquer língua, na base *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBTD). Em cada uma dessas bases, foram utilizadas os seguintes descritores: identidade, profissional e saúde. Estes termos foram combinados com o operador booleano de intersecção.

Ao todo foram encontrados 56 artigos na base SciELO e o ano de 2016 conta com o maior número de publicações (20 artigos). Já no BDBTD, foram encontradas 42 dissertações e 31 teses, sendo que o mesmo ano apresenta a maior expressividade de produção, totalizando 23 trabalhos. Na CAPES, foram encontrados 39 artigos, entretanto a busca foi limitada ao assunto saúde.

Os trabalhos repetidos foram desconsiderados e realizou-se uma leitura de todos os resumos e excluídos aqueles ligados apenas à identidade de egressos na profissão de saúde e/ou trabalhos relacionados apenas à educação/formação dos profissionais, já que esta pesquisa trata do profissional em sua vivência. Também foram consideradas apenas pesquisas relacionadas a profissões de nível superior e excluídos os estudos da área de odontologia, pois os profissionais dessa área não estão inseridos na população estudada.

Ademais, trazer o assunto identidade é importante para este trabalho, já que compreender os atores é fundamental para compor a análise das relações interpessoais após coleta de dados

A partir disso, foram escolhidos 12 trabalhos – listados na Tabela 1 – além de outros autores para auxiliar na compreensão do contexto social atual. Observe que, atualmente, há uma multiplicidade de identidades – pensando sob a perspectiva de Bauman (2005) – já que houve uma transformação na subjetividade coletiva, na vida cotidiana e nas relações entre o “eu” e o “outro” durante o processo de globalização.

Nasce uma guerra pelo reconhecimento de uma determinada “identidade”, que é travada tanto individualmente quanto coletivamente. As identidades preteridas são abandonadas, abominadas, rotuladas e repelidas. Assim, a questão da identidade também está ligada a um fator de estratificação, sendo uma categoria que divide e promove diferenciação, à medida que há aqueles que não têm o direito de escolher “sua identidade” (BAUMAN, 2005).

Tabela 1 – Trabalhos selecionados por assunto e profissional⁴

n°	Ano da Publicação	Autores	Tipo	Assunto	Profissional
1	2014	Pimenta	Dissertação	Identidade Profissional	Enfermeiro
2	2015	Araujo, Pena e Freitas	Artigo	Trajetória , experiência de vida	Nutricionista
3	2015	Pereira	Tese	Identidade Profissional	Enfermeiro
4	2015	Koetz	Tese	Ambiente de trabalho, desenvolvimento profissional	Fisioterapeuta
5	2015	Souza	Dissertação	Identidade Profissional	Enfermeiro
6	2016	Davi et al	Artigo	Papel do profissional, cotidiano de trabalho	Psicólogo
7	2016	Dias e Silva	Artigo	Percepção, atuação e prática profissional	Psicólogo
8	2016	Rodrigues	Tese	Desenvolvimento profissional	Enfermeiro
9	2017	Chiavegato Filho	Artigo	Prática profissional	Médico
10	2017	Silva	Dissertação	Identidade Profissional	Enfermeiro
11	2018	Fernandes et al	Artigo	Identidade Profissional	Enfermeiro
12	2018	Silva et al	Artigo	Prática profissional	Farmacêutico

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2019.

Nesse sentido, esta capacidade de escolha ou não-escolha pode permitir uma avaliação sobre os mecanismos de poder que existem atualmente? A pesquisa nesta área demonstra uma reflexão crítica sobre a própria posição na estrutura social e na hierarquia profissional?

O que se nota a partir da pesquisa em bases de dados é que o profissional enfermeiro aborda o tema identidade em mais estudos e mais diretamente, demonstrando uma preocupação com os processos de formação da própria identidade e busca compreender as interações humanas, os valores e as regras profissionais. Por outro lado, as demais profissões tratam mais da prática assistencial e do desenvolvimento profissional. Percebe-se, após a leitura das produções, que as identidades dos profissionais de saúde são multifacetadas e variam conforme o ambiente de trabalho.

Ademais, os estudos também discutem a trajetória profissional, já que isso representa uma outra forma de discutir sobre identidade, pois o trabalho permite se perceber através de seus pares e, por meio desses relacionamentos cotidianos, percebê-los. É possível ainda constatar que não existe um processo definido, pois o indivíduo, ao longo do tempo, sofre constantes transformações, pois ele é um resultado entre a história de vida, o contexto histórico e social, além de dos próprios projetos (SOUZA, 2015).

Na psicologia social, parte-se do pressuposto de que as experiências de quem somos são constituídas por meio da vivência em sociedade, a partir de formas de objetivação e de formas de subjetivação. Assim, o indivíduo moderno é submetido a mecanismos disciplinares, além de estar preso a sua própria identidade pela consciência de si. Por outro lado, existe uma

⁴ Contempla os trabalhos selecionados em todas as bases de dados pesquisadas.

diversidade de formas de nomear quem somos (pessoa, sujeito, indivíduo), e isso não decorre apenas de questões ontológicas e teóricas, mas também da experiência como “eus”, além das influências das relações interpessoais com outros “eus” (SPINK, 2011).

De fato, Alves (2011) discute o ambiente corporativo competitivo e as mudanças ocorridas nas organizações, trazendo em seu ensaio a relação entre o trabalhador e o sentido de trabalho que sobre ele opera, o qual se denominou eu trabalhador. Existe um binômio pessoa-trabalho que altera, endógena e exogenamente, as relações sociais produtivas. Atualmente, as relações na equipe de trabalho exigem elevado grau de competitividade entre os demais e atitudes individuais de sobrevivência.

Refletindo sobre isso e sobre os estudos apresentados, é admissível concluir que as profissões da área da saúde apresentam alguns aspectos em comum, tais como: a alta especialização, a dependência tecnológica, a visão positivista, a individualização e os trabalhos organizados sob hierarquias. A sociedade contemporânea, por meio da globalização e da flexibilização do trabalho, também influencia na construção dessas identidades profissionais, que hoje se apresentam em permanente transformação.

Em seguida, os textos encontrados em base de dados foram compilados por categoria profissional, o que permitiu trazer uma melhor análise sobre as diferenças identitárias.

a) Nutricionista

Embora o artigo não tenha trazido uma discussão mais aprofundada sobre a identidade profissional do nutricionista, traz uma reflexão sobre esta profissão e as relações com a sociedade atual que valoriza a estética e o corpo perfeito.

Assim, um artigo que traz uma abordagem sobre experiência de vida pode elucidar a identidade construída para esse profissional, especialmente na contemporaneidade, em que a estética corporal é sinônimo de aceitação social e de si mesmo, convertendo a magreza em uma questão moral. Logicamente, esse profissional, conhecedor das normas alimentares, surge nessa conjuntura em que há um padrão biomédico e estético defendido pela mídia. Todavia, quando um nutricionista é obeso, cria-se um paradoxo, gerando um conflito com sua identidade profissional, colocando em xeque sua competência e autoridade (ARAÚJO; PENA; FREITAS, 2015).

Um nutricionista obeso é, de certa forma, visto como incompetente pela sociedade. Ora, esta é uma visão pré-estabelecida e desconsidera questões sociais, culturais, biológicas e psicológicas do indivíduo. Na verdade, segundo os pesquisadores, as próprias instituições de saúde culpam o profissional por esse problema (ARAÚJO, PENA e FREITAS, 2015). Embora

o enfoque desta pesquisa não seja propriamente a identidade do nutricionista, ainda assim é possível extrair questões a respeito da identidade e da cultura a respeito desse profissional. Giddens (2002, p. 19) coloca que “[..] as circunstâncias sociais não são separadas da vida pessoal, nem são apenas pano de fundo para ela. Ao enfrentar problemas pessoais, os indivíduos ativamente ajudam a reconstruir o universo da atividade social à sua volta”.

b) Psicólogo

Os estudos que versam sobre o psicólogo tentam entender a percepção e o papel deles na saúde pública e, por outro lado, discutem as modificações nas relações de trabalho e o desenvolvimento profissional no cenário brasileiro.

Anteriormente, esses profissionais atuavam preferencialmente em clínicas particulares. A partir de um declínio dessa demanda, passaram, após a década de 80, a trabalhar em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, mais contemporaneamente, no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Entretanto, a formação dos psicológicos foi construída a partir de um modelo clínico, cujos pressupostos centravam-se no indivíduo e no seu funcionamento intrapsíquico. As dimensões sociais eram muitas vezes desconsideradas, buscando uma tentativa de neutralidade científica (DAVI *et al.*, 2016).

Já o trabalho na UBS demanda práticas muito mais amplas e distintas do consultório privado e da tradição psicanalítica. Essa situação promove um sentimento de impotência e de insatisfação em relação aos projetos profissionais. Afinal, são inúmeros os desafios encontrados no cotidiano dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a prática do psicólogo desconectada do contexto social produz um cenário confuso e problemático, em que os conhecimentos e técnicas aprendidas não são suficientes para dar respostas a essa questão (DAVI *et al.*, 2016).

É certo que o contexto social influencia nossas identidades e, logicamente, o trabalho é referência fundamental para o indivíduo. Em contrapartida, a flexibilização do trabalho gera ansiedade nas pessoas, que não sabem os riscos que estão correndo, colocando em teste o próprio senso de caráter pessoal (SENNETT, 2009).

Ainda como coloca Sennett (2009), as pessoas comuns, as massas ou aquelas que não se destacam são muitas vezes tratadas de forma desumana. Isso gera uma obsessão com o individualismo e o *status*. Em alguns momentos, a posição social pode se transformar em caráter pessoal, muito embora isso possa estar relacionado com a visão marxista tradicional da consciência de classe. Essa consciência está baseada no processo de trabalho, ou seja, como os trabalhadores se relacionam uns com os outros por intermédio do seu trabalho.

Assim, é importante entender também qual a percepção de outros profissionais sobre a atuação do psicólogo em um ambiente multiprofissional, pois

[...] a representação mais precisa que se tem do psicólogo assemelha-se à do coringa de baralho, que serve para tudo, porém, não tem um lugar específico na sequência das cartas. Em outras palavras, parece que o papel dos psicólogos nas unidades básicas de saúde é institucionalmente mal definido, ele está presente na unidade, mas não faz parte da equipe mínima, aspecto atribuído, em grande parte às políticas de saúde, que não favorecem sua inclusão (DIAS e SILVA, 2016, p. 443).

Interessante, neste ponto, perceber que a área da saúde é um local de convivência de profissionais de múltiplas especialidades, com diferentes formações, graus de autonomia e identidades.

c) Enfermeiro

Conforme abordado acima, esse profissional está em busca do conhecimento sobre os processos de construção de sua identidade, havendo nestes últimos cinco anos pesquisas que abordam diretamente o tema.

Além disso, é importante notar que uma profissão depende do reconhecimento da autoridade de sua expertise pela sociedade e pelo Estado para se configurar como tal. Assim, tomando como exemplo a profissão de enfermeiro, uma pesquisa analisou as leis que regem a profissão e os artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem. Por meio desse trabalho, foi possível constatar uma indeterminação do núcleo identitário, em que aparece um conflito entre o cuidado e o gerenciamento de equipes (administração). Na verdade, o trabalho é essencialmente dividido entre manual e intelectual, trazendo um problema quanto à natureza do seu objeto (PIMENTA, 2014).

Percebe-se que essa categoria profissional é hierarquizada, em que se considera a formação de nível superior e técnico, na medida em que o enfermeiro (nível superior) é responsável pela instrumentalização dos demais. Normalmente, isso é feito quando esse profissional cria condições para que sua equipe execute suas prescrições. Em outras palavras, houve uma fragmentação do trabalho de Enfermagem e há disputas internas entre o próprio grupo profissional, produzindo oscilações de reorganização e de transformação (PIMENTA, 2014).

Em oposição, Rodrigues (2016), em sua tese, defende que a implantação de um Processo de Enfermagem, incluindo a prescrição, contribuiu para a formação de uma identidade mais precisa dos enfermeiros, além da autonomia necessária à profissão. Afinal, a sistematização definida por órgãos regulamentadores e comunidade científica dão o poder de decidir sobre uma conduta assistencial e, para isso, se faz necessária a obtenção de conhecimentos

específicos. Ademais, conforme demonstra a autora, por meio de seu referencial teórico, a característica mais estratégica para uma profissão é a autonomia, que é adquirida por intermédio de sua relação com o Estado. Em outras palavras, a autonomia confere à profissão um monopólio ocupacional que assegura uma posição de dominância no interior de um processo de divisão de trabalho.

Realmente, as sociedades da modernidade tardia são definidas pela diferença, divisões e antagonismos sociais que produzem uma variedade de diferentes posições de sujeitos. É preciso pensar que quanto mais coletiva e organizada as instituições da modernidade tardia, maior o isolamento, a vigilância e a individualização (HALL, 2006).

O ambiente de trabalho pode representar um local de disputas por posições, e muitas vezes isto não é realizado apenas por cargos formais, mas por meio da busca pelo reconhecimento. Um estudo demonstrou que os enfermeiros procuram agregar mais capital simbólico (reconhecimento) por meio da realização de tarefas que não fazem parte de sua atribuição. Racionalmente, isso é feito ora de forma ora consciente, ora de forma inconsciente, em algumas situações mediante imposição. Infelizmente, o saber-fazer desses profissionais enfermeiros se correlacionam a uma identidade profissional com delimitações nada precisas e confusas (FERNANDES *et al.*, 2018).

Uma pesquisa sobre a trajetória profissional e a identidade de enfermeiros demonstrou que aqueles que já atuam em outras categorias da enfermagem fizeram suas escolhas profissionais baseadas em questões sobre aquisição de conhecimento, competências e habilidades específicas da categoria dos enfermeiros. Além disso, os participantes consideraram que sua identidade continua se desenvolvendo em suas atividades laborais, durante o exercício e na prática da profissão (SOUZA, 2015).

Ainda sobre o enfermeiro, Pereira (2015) traz o contexto histórico para discutir a construção da identidade profissional de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). A profissionalização da Enfermagem data do século XIX, embora as práticas de cuidar remontem ao início da história, o cuidado foi adquirindo cientificidade. Além disso, na história dessa profissão, houve as parteiras, as religiosas, a dominação da Igreja e, posteriormente, a dominação dos médicos sobre a prática do cuidado. Tudo isso influenciou uma identidade profissional marcada pelo sacerdócio, pela subordinação ao trabalho médico, além da prevalência da feminização. Atualmente, houve transformações nessa identidade, pois, segundo essa pesquisa, a enfermeira percebe-se como gerente da equipe, do cuidado e da unidade, uma negociadora de conflitos. Em contrapartida, na opinião dos próprios participantes, a identidade

não está totalmente clara para os demais profissionais e nem mesmo para elas, pois, em alguns momentos, a enfermeira é confundida ora com médicos ora com auxiliares de enfermagem. Assim, ainda há vestígios de desvalorização e de desconhecimento sobre esta profissão.

d) Médico

Nota-se que, embora o médico seja uma figura presente quando se fala em trabalho na área da saúde, encontrar apenas um estudo a respeito desse profissional leva a algumas considerações. Foucault (2018) diz que o hospital, a saúde do corpo e a medicina tornaram-se uma preocupação, quando as razões econômicas – o preço atribuído ao indivíduo – assim como, o desejo de evitar as epidemias emergiram com o capitalismo. O próprio filósofo aborda como esse profissional contribuiu para instituir os mecanismos disciplinares atuais. Então, por qual razão houve um menor número de trabalhos publicados sobre a identidade desse profissional?

Na verdade, isso pode estar relacionado aos descritores de busca (profissional de saúde), que não abarcaram as palavras chaves dos estudos a respeito do médico, sugerindo a hegemonia desse grupo, sendo necessária a procura mais específica da palavra que se relaciona a esse profissional.

De qualquer forma, o artigo encontrado trata das mudanças no universo do trabalho na contemporaneidade que atingiram diversas categoriais, assalariadas ou não, tornando as condições de trabalho mais precárias, em que até mesmo a prática médica foi afetada, sendo possível identificar elementos de degradação da atividade de trabalho e de empobrecimento da identidade profissional (CHIAVEGATO FILHO, 2017).

Segundo o autor, os dados indicam uma diminuição da autonomia dos médicos para gerir suas ações, além do estresse oriundo de um ambiente de trabalho com situações de pressão. Ademais, o pesquisador faz uma crítica aos procedimentos hierárquicos baseados em processos burocráticos e sugere que as relações de autoridade ampliem as ações de saúde de acordo com os princípios do SUS, e isso implica respeitar a autonomia técnica da profissão médica.

e) Farmacêutico

Em relação ao profissional farmacêutico, o artigo trata da prática da atenção farmacêutica no âmbito do SUS. Relata que o profissional busca espaço e reconhecimento dentro das instituições de saúde, entretanto, atualmente, o farmacêutico brasileiro enfrenta dificuldades na integração com a equipe de trabalho, pois, historicamente, sua atuação voltou-se para o produto (medicamento) e não para o cuidado integral da saúde. Devido a isso, esse profissional tornou-se invisível, já que, muitas vezes, esse especialista não está inserido dentro das discussões referentes ao cuidado. Isso compromete o trabalho multidisciplinar, pois

demonstra falhas na comunicação. Além disso, as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde são obstáculos estruturais, éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos ao desenvolvimento de um trabalho integrado em saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que, ao se utilizar o descritor “profissional de saúde”, houve poucas ocorrências de trabalhos sobre essa categoria que se relacionassem ao tema identidade. Após uma análise mais cuidadosa, acredita-se que as ações desse grupo profissional estejam mais voltadas para áreas relacionadas ao mercado de medicamentos do que à prestação de saúde propriamente dita.

Tal questão foi abordado por Rossello e Gallian (2016), quando analisaram as narrativas de farmacêuticos hospitalares. O trabalho identificou o conflito identitário, ocasionado por um processo de (des) profissionalização, em que o farmacêutico está imerso nas burocracias e não atua na prática clínica. Na percepção dos autores, a “maneira de ser” do farmacêutico é influenciada pela formação acadêmica e pelo local de atuação (o seu lugar) dentro do sistema de saúde. Ademais, fazem uma reflexão sobre a carência de estudos qualitativos sobre o profissional, especialmente aqueles que adotam a metodologia da História Oral.

f) Fisioterapeuta

No que tange à Fisioterapia, a dissertação encontrada discute o desenvolvimento da profissão no Brasil. Anteriormente, o fisioterapeuta atuava voltado para a reabilitação de pessoas com sequelas de acidentes. Sendo uma profissão relativamente nova, a Fisioterapia busca a construção de sua identidade principalmente no que concerne ao cuidado amplo de saúde. Esse profissional ganhou espaço especialmente no setor terciário e privado; em contrapartida, sua atuação no SUS ainda não é representativa (KOETZ, 2015).

Percebe-se que o ambiente hospitalar é importante para a Fisioterapia, já que essa profissão surgiu principalmente nos hospitais. É notória a concentração desses profissionais na região Sudeste, mas, apesar do número de fisioterapeutas, ainda não há representatividade social, tendo em vista que não há movimentos de mudança no sentido de construção de uma identidade, e seu consequente empoderamento. É preciso entender que disputas de mercado e autonomia sempre irão permear as discussões sobre a atuação profissional (KOETZ, 2015).

Similarmente aos casos apresentados do médico e do farmacêutico, o descritor não abarcou esta categoria. Assim, questiona-se qual é o principal motivo da ausência de identificação do fisioterapeuta como profissional de saúde?

Provavelmente este conflito identitário se deva à profissionalização recente e fortemente ligada a um modelo curativo. Afinal, o fisioterapeuta fixa seu lugar social no modelo privatista,

na especialização, distanciando-se do princípio da integralidade do cuidado na saúde (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009).

2.1.1 Identidades em conflito

Por meio das leituras realizadas nesta revisão, percebe-se que os estudos de identidade dos profissionais da saúde ainda não são muito numerosos e também elucidativos, necessitando de novas abordagens a respeito dos temas. Todavia, os autores encontrados sugerem a crise de pertencimento dos profissionais que atuam na saúde e o conflito identitário.

Não se pode desconsiderar que esses profissionais também são submetidos a uma realidade globalizada, tecnológica e líquida. Afinal, no dizer de Bauman (2011), o mundo globalizado promove uma crise de pertencimento, já que a identidade tornou-se muito mais do que o “pertencer-por-nascimento”.

Da mesma maneira, deve-se compreender que a identidade não é imutável, mas é formada em relação com os outros e por meio de processos sociais. Portanto, a identidade não pode ser vista como uma coisa acabada, mas sempre como um processo em andamento, uma espécie de identificação. Efetivamente, o indivíduo não pode mais se ancorar em algo definido, pois as estruturas da sociedade moderna, especialmente a partir do século XX, desconstruíram a idéia de sujeitos integrais; à medida que houve a perda do sentido de si, ocorreu a descentração do sujeito.

Vale ressaltar que, atualmente, com base nos referenciais teóricos utilizados, sugere-se que as identidades profissionais são influenciadas pelas culturas local e organizacional. Portanto, nas próximas seções será abordada a correlação entre trabalho, cultura e identidade.

2.2 Identidade, cultura e trabalho em saúde

Não se pode negar a influência da cultura na construção das identidades. Assim, é possível encontrar autores que trabalham a identidade dentro da perspectiva dos estudos culturais. Sob esta óptica, ao longo da história, percebe-se que houve diferentes entendimentos sobre o sujeito e sua identidade.

Para Hall (2006), há três principais concepções de identidade. Primeiramente, há o sujeito do Iluminismo – dotado de razão – centrado. Posteriormente, houve a noção do sujeito sociológico, cuja identidade podia ser compreendida em relação com os outros. Afinal, o sujeito

é influenciado pelos valores, os sentidos e símbolos, em outras palavras, a cultura dos mundos que o indivíduo habita. Portanto, a concepção de identidade sociológica relaciona o mundo pessoal com o público. Portanto, o sujeito sem seu contexto cultural. E, finalmente, há o sujeito da modernidade tardia, o qual tem uma identidade flexível e descentrada, vivendo um processo de crise de identidade.

Observe-se que, sob esta perspectiva, há uma discussão sobre como as sociedades foram modificadas ao longo de um período e espaço e isso influenciou a maneira de compreender os sujeitos e sua cultura. Em contrapartida, a definição de cultura em si é extremamente complexa, especialmente nas sociedades contemporâneas em que há uma propagação de informações provenientes de diferentes povos, como nunca se viu em períodos anteriores.

Aliás, para Geertz (1989), o termo cultura também é de difícil definição. Afinal, a palavra pode ser correlacionada a um modo de vida ou até mesmo a um legado social que o indivíduo adquire no seu grupo. Ademais, de uma forma mais específica, pode ser atribuída a um conjunto de orientações padronizadas ou até mesmo a um conjunto de normas de comportamento.

Nesse sentido, não existe um conceito paradigmático ou estático. Afinal, como o antropólogo relata, as pesquisas devem buscar se aprofundar além das “aparências superficiais”, pois:

[...] o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície (GEERTZ, 1989, p. 4).

Assim, para entendermos um determinado povo, grupo ou equipe é necessária uma ciência interpretativa em busca dos significados e das suas expressões sociais. Pensando nesta pesquisa, a equipe multiprofissional está inserida em um ambiente repleto de símbolos e com aspectos culturais particulares, além de diferentes visões de mundo e aspectos morais que norteiam cada especialista.

Portanto, é imprescindível conceituar outros aspectos em relação à cultura, tais como *ethos* e visão de mundo. O primeiro está ligado à moral e aos elementos valorativos de um povo, enquanto o segundo está relacionado aos aspectos cognitivos (GEERTZ, 1989). Naturalmente, o capitalismo afetou o estilo moral e a visão de mundo da sociedade atual. Ademais, os aspectos econômicos e ideológicos desse sistema são reproduzidos nas instituições hospitalares que são

hierarquizadas e buscam a produtividade de seus trabalhadores. Estes, por sua vez, são cada vez mais especializados e capacitados.

A propósito, as divisões do trabalho na sociedade moderna estão relacionados ao saber e ao fazer, ou seja, há o trabalho intelectual, considerado superior, e o manual, considerado inferior (SENNETT, 2006).

Realmente, no capitalismo contemporâneo, há uma busca por pessoas ideais, os denominados talentos, gerando uma busca desenfreada por novas capacitações que são requeridas pelas empresas.

Não obstante, fica evidente que a cultura influencia o desenvolvimento e a identidade profissional, mas, como sugere Bauman (2005), atualmente se vive em um mundo líquido, em que não há consciência de um pertencimento e de uma identidade sólida. A globalização e a internet trouxeram profundas mudanças em todos os aspectos da vida humana, conduzindo a uma crise de pertencimento. Todavia, as influências dos novos meios de comunicação na identidade coletiva não refletem exatamente uma era multicultural.

Na verdade, isso retrata apenas uma forma diferente de entender o tempo e o espaço, pois:

Em vários aspectos fundamentais, as instituições modernas apresentam certas descontinuidades com as culturas e modos de vida pré-modernos. Uma das características mais óbvias que separa a era moderna de qualquer período anterior é seu extremo dinamismo. O mundo moderno é um “mundo em disparada”: não só o ritmo da mudança social é muito mais rápido que em qualquer sistema anterior; também a amplitude e a profundidade com que ela afeta práticas sociais e modos de comportamento preexistentes são maiores (GIDDENS, 2002, p. 22).

Portanto, à medida que sucederam transformações no mundo industrial e financeiro, houve grandes avanços na tecnologia das telecomunicações, do transporte e, sobretudo, da informática, o que passou a remodelar rapidamente a vida humana, em razão da instantaneidade na circulação de informações.

Todavia, a proclamação de uma era multicultural revela um mundo de desigualdades, em que a elite global reforça uma ideologia de consumo. A cultura atual consiste em ofertas, mais do que normas, em outras palavras, o Estado e as instituições tornaram-se instáveis, mas o consumo se tornou um elemento central na formação da identidade (BAUMAN, 2005).

À medida que o século XX avançava, as mudanças nas organizações tenderam a modificar o poder gerencial para o acionário, ou seja, deixar a direção das empresas nas mãos dos investidores. Ademais, os resultados devem ser entregues a curto prazo, provocando uma sensação de mudanças permanentes (SENNETT, 2009). Da mesma forma, percebem-se

mudanças relacionadas às instituições de saúde, já que o Estado brasileiro também se rendeu ao capital financeiro e concedeu incentivos à iniciativa privada. É perceptível o aumento da saúde suplementar e o enfraquecimento do SUS.

Esse cenário incostante e competitivo produz impactos dentro do cotidiano de trabalho, especialmente nas relações humanas. Há sempre o discurso do trabalho em equipe, contudo esse jogo modifica as relações de poder. Afinal, a ênfase em aptidões, em facilitação e em mediação muda radicalmente um aspecto do poder, já que camufla a autoridade. Em outros termos, aquele que detém o poder apenas capacita outro. Em contrapartida, esse tipo de poder desorienta e torna confusas as relações, afetando o próprio senso de caráter do trabalhador (SENNETT, 2009).

Dessa forma, o conceito de equipe, para este capitalismo contemporâneo, justifica o trabalho flexível. Todos os membros podem ser treinados em várias funções, que poderão futuramente exercer. É uma espécie de cultura de cooperação difundida por meio de signos igualitários. Embora essa partilha de informação, muitas vezes, leve os trabalhadores de *status* de superior a um certo temor de ensinar os novos, de *status* inferior, para suas próprias aptidões, já que poderiam ser substituídos depois (SENNETT, 2009). Já no ambiente hospitalar, é possível correlacionar a autoridade com o saber, pois acredita-se que aqueles que detêm maiores privilégios também têm maior conhecimento. Dessa forma, não existe essa partilha de informação e igualdade nas decisões, contribuindo para a formação de sistemas altamente especializados.

Nota-se que aspectos íntimos da vida pessoal estão diretamente ligados ao estabelecimento de conexões sociais de grande amplitude, tais como a globalização e a formação de sistemas especializados. Vale ressaltar a contribuição de Giddens (2002) para o entendimento dos sistemas especializados:

A diferença nas conexões entre o conhecimento técnico e o conhecimento leigo, quando comparamos sistemas pré-modernos e modernos, diz respeito à acessibilidade das habilidades e informações especializadas para os atores. O conhecimento especializado nas culturas pré-modernas tende a depender de procedimentos e formas simbólicas que resistem à codificação explícita ou, quando tal conhecimento é codificado, não se torna disponível para os indivíduos porque a alfabetização é monopólio zelosamente guardado por poucos (2002, p. 34).

As profissões da área da saúde são altamente especializadas, tecnológicas e essenciais para a contemporaneidade. Além disso, a globalização e a financeirização da economia também afetaram igualmente as profissões e as intuições ligadas à saúde (PIRES, 2000).

De acordo com Pires (2000), o setor de serviços cresceu durante o século XX e passou por profundas alterações. No âmbito pessoal, os profissionais atuantes nesse campo procuraram uma diferenciação entre si para conseguirem diferentes níveis de prestígio e de salários. Os serviços em saúde fazem parte dessa heterogeneidade e carregam as mesmas características.

A autora também faz uma comparação entre o trabalho na saúde antes e na pós-modernidade, dizendo que, ao longo da história, os problemas de saúde sempre existiram e a assistência aos doentes era um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos reconhecidos pelo grupo, dotados de capacidade e conhecimento especial. A exemplo da Idade Média, em que o trabalho era mais próximo do artesanal, a assistência era realizada por pessoas com conhecimento em um determinado ramo de atividade, tais como os boticários, os físicos, os práticos, os cirurgiões, os barbeiros, entre outros. Esses dominam o conhecimento necessário e se responsabilizavam pela reprodução e formação de novos profissionais. Em contrapartida, na atualidade, os serviços na área da saúde têm características de um trabalho profissional e seguem a estruturação do modo capitalista de produção.

Em resumo, o trabalho no setor da saúde é exercido por profissionais especializados na realização de determinadas atividades. Todavia, há o controle da produção e da reprodução dos conhecimentos necessários por meio do ensino e da pesquisa, além de os membros estabelecerem regras para o exercício profissional do grupo, fixadas em leis e/ou comportamentos legitimados pela sociedade em que vivem (PIRES, 2000).

Pensando no trabalho assistencial, o produto é indissociável do processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade. Portanto, a assistência pode assumir diversas formas de realização, tais como uma consulta, uma cirurgia, um exame-diagnóstico, a administração de medicamentos, uma orientação nutricional etc. De forma prática, o trabalho pode ser desenvolvido de forma autônoma na relação profissional/cliente ou desenvolvido dentro de instituições, como parte do trabalho coletivo, seja em hospitais, clínicas ou empresas (PIRES, 2000).

Ainda é preciso considerar que o setor saúde também faz uso de equipamentos considerados de alta tecnologia e, associado à cientificidade, traz para o cotidiano o paradigma positivista. Há diversos grupos de profissionais atuando, mas inexiste uma coordenação real da assistência prestada, devido à compartimentalização e à fragmentação do trabalho assistencial. De fato, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais (PIRES, 2000).

Na mesma medida, Peduzzi (2001) também discorre sobre o trabalho multiprofissional, abordando seus conceitos e tipologia. Em seu artigo, o trabalho em equipe é um modalidade de trabalho coletivo, no qual se configura uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A mediação simbólica da linguagem articula as ações multiprofissionais e a cooperação. Entretanto, o trabalho em equipe se mantém por meio de relações hierárquicas entre médicos e não-médicos, evidenciando diferentes graus de subordinação, gerando uma espécie de interdependência de autonomia técnica.

No que concerne à tipologia do trabalho em equipe na área da saúde, para o autor, há a possibilidade de construção de uma equipe-integração – em que existe uma articulação das ações – mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. Todavia, o que poderá diferenciar um maior ou menor grau de integração será a técnica de comunicação e, também, a valorização social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo (PEDUZZI, 2001).

Neste íterim, faz-se necessário descrever a organização do trabalho em saúde, afinal as relações de poder e suas interlocuções com a identidade profissional se fazem a partir de uma estruturação interna do trabalho, e que se dá de maneira bem específica no setor de saúde. Ademais, as questões macroeconômicas atuam nos sentimentos e conduzem as decisões cotidianas, embora, muitas vezes, o indivíduo não tenha consciência dessas forças.

2.3 Contextos da organização do trabalho em saúde

Este item busca compreender como se dá o trabalho no setor de saúde, suas dinâmicas econômicas e influências nas relações profissionais. Afinal, como discute Foucault (2018), a medicina moderna, influenciada pelas relações de mercado, passou por um longo processo de transformação. Contudo, as suas relações com o poder são profundas e antigas, tendo em vista que o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência e pela ideologia, mas também pelo corpo. E este corpo pensado como força de trabalho passa a ser um campo de investimento político e social.

Por outro lado, a medicina urbana sempre foi um método de vigilância e de disciplinamento, sendo aperfeiçoado na metade do século XVIII, a partir de práticas de higienização e da divisão do espaço urbano. Foi neste ponto, por meio do controle político-sanitário, que a medicina esbarrou em outro tipo de poder: a propriedade privada. De fato, ao se traçar uma linha do tempo, a medicina do operário foi um dos últimos estágios, sendo,

portanto, um processo histórico em que o Estado, a cidade e os trabalhadores foram, nesta sequência, objetos de medicalização (FOUCAULT, 2018).

Assim, para entender o contexto contemporâneo da medicina e, logicamente, os profissionais da saúde, é preciso descrever em quais condições o mundo industrial e financeiro modificaram a organização do trabalho. Afinal, como descreve Antunes (2014), a partir da reestruturação produtiva iniciada na década de 1970, o trabalho perde sua relevância, já que houve uma conseqüente substituição do homem pela máquina. O capital financeiro diminui o trabalho produtivo, permitindo o crescimento do setor de serviços e, nessa conjuntura, o próprio modo de ser da classe trabalhadora é transformado.

Economicamente, o setor de saúde é bastante diversificado, sendo representado pelo segmento produtivo (indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico, de equipamentos e materiais médicos) e pelo segmento de serviços (hospitais, clínicas, laboratório e outros serviços diagnósticos), que emprega 12% da mão de obra ocupada nacionalmente. Tal complexidade compreende um conjunto de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços (GADELHA, 2003). Dessa forma, é notório como as técnicas de organização do trabalho produtivo também influenciam a formatação do trabalho nas instituições hospitalares.

A organização do trabalho, e a conseqüente especialização das atividades, contribuiu para o controle e para a alienação do trabalhador. Hoje, a divisão do trabalho, influenciada pelas formas flexíveis de acumulação e pelo toyotismo, contemplam métodos sofisticados de controle, tais como *lean production* e programas de qualidade total (ANTUNES, 2014).

O mercado da saúde brasileiro percorreu um caminho semelhante, e sistemas de qualidade foram implantados. Em 1999, a ONA (Organização Nacional de Acreditação) foi fundada por entidades públicas e privadas do setor de saúde e propunha um método para avaliação dos serviços de saúde oferecidos à população (ONA, 2014). Os métodos de gestão também foram aperfeiçoados dentro dos hospitais, distanciando-se do modelo de assistência aos pobres. Em 2011, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) surge como entidade representativa dos principais hospitais do país e com uma proposta de defender os interesses e as necessidades desse segmento, especialmente no âmbito privado. A associação traz publicações, congressos, fóruns e encontros para discussão de estratégias para o desenvolvimento econômico da saúde privada (ANAHP, 2018).

Em consonância com essa realidade, é estabelecido o papel do chamado executivo em saúde dentro das unidades hospitalares. A gestão dos serviços passa a ter um papel fundamental

no resultado financeiro. Afinal, o hospital é visto como uma empresa complexa, que agrega diferentes serviços de apoio ao assistencial, como hotelaria, nutrição, logística etc. Portanto, a lógica do capitalismo permeia as relações de trabalho dentro das instituições hospitalares, sendo, portanto, fundamental esboçar as relações de trabalho contemporâneas.

Assim, é preciso refletir sobre a nova fase do capitalismo, que valoriza a informalidade e que diminui o poder da classe trabalhadora. Alves (2011) reflete sobre as consequências da adoção de relações de trabalho flexíveis, afinal hoje ocorreu uma mudança abrupta da relação tempo de vida e tempo de trabalho, além de uma constante incerteza pessoal devido às formas de contratação quase estritamente temporárias.

Na morfologia atual do trabalho, há técnicas que alteram as dinâmicas psicossociais e ajudam na manutenção dessa estrutura. Dentre elas, podem ser citadas: a dessubjetivação de classe, a captura da subjetividade do trabalhador e a redução do trabalho a mercadoria. Em resumo, houve a dissolução da classe trabalhadora, representada pelas derrotas sindicais e pela desvalorização das práticas coletivas. A adoção da remuneração flexível estimula a concorrência interna e a individualidade entre os profissionais (ALVES, 2011).

Traçando um paralelo com o setor de saúde, a tecnologia contribuiu para o controle dos resultados assistências e no incentivo da concorrência entre os profissionais. Veja o caso de *softwares*⁵ de monitoramento e de avaliação do corpo clínico, que contempla os indicadores de desempenho para avaliação dos profissionais e prestadores de serviços, proporcionando uma gestão competitiva e, conseqüentemente, modificando as formas de remuneração em saúde. A governança clínica⁶ altera as relações hierárquicas dentro dos hospitais. Embora o poder médico ainda seja relevante, são perceptíveis as transformações ocorridas ao longo do tempo.

Historicamente, a constituição do próprio hospital como instrumento terapêutico é relativamente nova e data do final do século XVIII. Anteriormente, esse era um lugar de assistência aos pobres e de transformação espiritual e, por razões econômicas, o espaço hospitalar foi organizado e transformado, dentro de uma perspectiva militar e segundo os preceitos da ciência moderna. A disciplinarização assegurou a vigilância e o controle da doença e promoveu uma inversão das relações hierárquicas no hospital, onde o poder médico passou a se sobrepôr ao do clero (FOUCAULT, 2018). Em contrapartida, a dinâmica atual do capitalismo

⁵ Existem diversos *softwares* no mercado com o objetivo de melhorar a gestão por indicadores, tal como o GPS 2iM© Inteligência Médica, divulgado na revista Panorama ANAHP, em dezembro de 2017, ano 12, n. 63;

⁶ Conforme Osmo (2011), o termo governança clínica é adotado em sistemas de qualidade em serviços de saúde para avaliação do desempenho dos profissionais, a partir do gerenciamento da utilização eficiente dos recursos *versus* produção e, claro, na gestão do risco de lesões e/ou doenças associadas à assistência.

passa a remodelar novamente as relações hierárquicas no hospital, privilegiando o poder administrativo e financeiro. Portanto, essas relações são transformadas, à medida que a organização do trabalho e o comportamento do trabalhador também são moldados pela cultura do capital.

Em outras palavras, o comportamento do homem passa a ser coordenado pelo fetichismo da mercadoria e pelo medo. Afinal, o número massivo de desempregados instaura uma ansiedade quase constante de se perder o emprego. Já no plano léxico e simbólico, são utilizadas formas de ocultação do poder, quando se troca, por exemplo, a palavra empregado por colaborador (ALVES, 2011).

Por conseguinte, os “colaboradores da saúde” vivenciam as mesmas manipulações midiáticas sob as instâncias pré-conscientes e inconscientes, pois “O capitalismo manipulatório levou à exaustão os recursos de manipulação das instâncias intrapsíquicas do homem, pelas quais se constituem os consentimentos espúrios à dominação do capital nas sociedades democrática (ALVES, 2011, p. 43)”.

Vive-se, então, em uma sociedade disciplinada, em que não se interessa formar homens que tenham capacidade crítica. Os indivíduos são reduzidos e despersonalizados, levando a um fenômeno denominado estranhamento social. Já não existe espaço para a autonomia da subjetividade, o homem passa a ser suprimido pelas exigências da produção e da reprodução social (ALVES, 2011).

Analogamente, os sistemas disciplinares são reproduzidos nas famílias, nas casernas, nas oficinas, nas cidades, nas escolas, nas prisões e nos hospitais. As sociedades industriais se contentam com um poder mais tênue sobre o corpo, já não se faz mais necessário o flagelo, existem outros mecanismos mais eficientes de dominação (FOUCAULT, 2018). É lógico que nesses contextos em que vivem e trabalham os profissionais de saúde.

Oliveira e Lacaz (2012) definem o trabalho em saúde como o cuidar, contudo reconhecem que a divisão técnica e social do trabalho em saúde deixa complexa a tarefa de se proporcionar um cuidado integral para as pessoas. Hoje, existe, sobretudo, um processo de transferência dos serviços de saúde para a gestão privada, somada à introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional, com forte impacto na autonomia dos trabalhadores. Isso é perceptível pela organização dos fluxos e das regras de atendimento. Os profissionais adotam agendas, protocolos únicos, participam de reuniões de equipe para planejamento, avaliação etc. Além disso, nesse espaço é que vários atores interagem e estabelecem relações

cooperativas, mas esses relacionamentos estão permeados por diferenças, disputas e assimetrias de poder.

É preciso ressaltar que as estratégias racionalizadoras e disciplinadoras têm como objetivo principal a funcionalização do serviço, a previsibilidade e a homogeneização, objetivando um tipo ideal de cuidado. Todavia, os trabalhadores da saúde não foram inteiramente capturados por esses sistemas e, contraditoriamente, há um movimento contra as pretensões dos gestores e dos gerentes. Os profissionais buscam seus espaços de autogovernos (OLIVEIRA; LACAZ, 2012, p. 30).

Entretanto, o trabalho em saúde ainda é altamente institucionalizado, ou seja, é realizado em organizações formais, que representam uma construção social, humana e histórica. Dessa forma, o indivíduo irá se submeter a uma forma de configuração histórica de relações saber-poder e irá atingir sua atividade individual e coletiva, pois suas subjetividades devem coincidir com os valores da organização, agora vista como uma empresa. E, a partir da década de 90, com a adoção das políticas neoliberais, as intuições de saúde estão cada vez mais distantes das bases sociais que construíram o SUS. O hospital, anteriormente autônomo em relação à economia política de mercado, passa a seguir as mesmas diretrizes de produtividade, de competitividade e de rentabilidade (OLIVEIRA; LACAZ, 2012). Dessa forma, os profissionais da saúde se afastam das bases ideais de trabalhadores emancipados, desalienados, autônomos e produtivos, conforme preconizava anteriormente o próprio SUS.

2.4 Poder e Autoridade

Este capítulo tem por objetivo discutir os pontos de intersecção entre poder e autoridade, afinal há apenas uma linha tênue que separa os sentidos desses termos. A palavra poder, originada do latim vulgar *potere*, tem sentido atribuído à capacidade de fazer algo de elemento físico ou natural, ou ainda, conferida por uma autoridade institucional, tais como poder do fogo em derreter uma cera e até mesmo o poder de nomear ou demitir alguém. Por outro lado, o fundamento do poder, no seu sentido político, diz respeito ao domínio pela força ou por uma autoridade legítima constituída (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

Já no que diz respeito à palavra autoridade, esta se origina do latim *auctoritas*, ou de *auctor*: que aumenta, garante, autoridade. Assim, a autoridade começa sobretudo no campo psicológico, representando uma ascendência moral de quem se impõe aos outros. Porém, no sentido político, a autoridade é geralmente exercida sob uma forma institucionalizada e confere

a capacidade de comandar e de impor a obediência sem coação, inspirando o sentimento de respeito, não de medo. Dessa forma, o sentido está mais associado a uma proposição (ou doutrina) fundada não numa demonstração lógica, ou racional, ou numa experiência bem estabelecida, mas no valor moral ou intelectual de alguém tendo certo prestígio ou exercendo certo poder (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

Frente ao exposto, fica difícil definir quando começa o poder e quando termina a autoridade. Afinal, de acordo com Foucault (2018), o poder em seu exercício é muito sutil e ambíguo. Cada pessoa pode ser titular de um certo poder, que, muitas vezes, não tem a função única de reproduzir as relações de produção. As redes de dominação se apoiam e interferem, mas não coincidem. Portanto, o indivíduo com sua identidade é um produto de uma relação de poder que exerce sobre outros corpos, desejos e forças.

É claro que o poder não precisa de uma ciência, muito embora esteja baseado no acúmulo de informações. Afinal, o saber concede ao indivíduo uma posição estratégica em relação aos demais. Pensando nisso, vai se revelando a existência de micropoderes que se dispersam e não têm um centro determinado, podendo ser encontrados dentro das instituições e até mesmo de tecnologias. Assim, existe uma administração do saber, ou o que é chamado de política do saber, que remete às formas de dominação (FOUCAULT, 2018). Não obstante, a medicina representa uma dessas forças de dominação em uma sociedade que valoriza a ciência. Portanto, a partir de um discurso tecnicista, as relações humanas são articuladas e conduzidas.

Vale ressaltar que, ao longo da história, o poder não foi muito estudado, nem, especialmente, seu vínculo com o saber. De maneira geral, pesquisou-se as pessoas que detiveram poder, em outras palavras, estudava-se as histórias de reis, de generais, entre outras figuras de autoridade (FOUCAULT, 2018). Todavia, em que momento o poder se transforma em autoridade? Existe poder sem autoridade? Ao se discutir as profissões regulamentadas é fundamental questionar o conceito de autoridade, pois

Pode-se dizer da autoridade, no sentido mais geral, que ela é uma tentativa de interpretar as condições de poder, de dar sentido às condições de controle e influência, definindo uma imagem de força. O que se busca é uma força sólida, garantida e estável (SENNETT, 2016, p. 33).

Com efeito, a autoridade é um processo de interpretação pessoal. Todavia, há escolas que afirmam que as condições do poder são o determinante principal, independentemente do sujeito. De qualquer forma, pode-se entender que autoridade é algo produtivo, em que há uma vontade de submissão, enquanto que autoritário, normalmente, é utilizado para definir pessoa ou sistemas repressivos (SENNETT, 2016).

As pessoas normalmente se sentem atraídas por figuras de autoridade, pois estas representam determinadas qualidades, tais como segurança, capacidade superior de julgamento, capacidade de impor disciplina e capacidade de inspirar medo. Existe uma dificuldade de formular intuitivamente o sentido da autoridade e suas qualidades e, muitas vezes, as palavras poder e autoridade são usadas como sinônimos, muito embora estas, na prática, possam ser distintas. Nesse caso, pode-se usar, como exemplo, o caso de pessoas que exercem cargos de governo, que são comumente chamadas de autoridade, contudo podem não ter o poder de assumir determinados riscos (SENNETT, 2016).

Também, as percepções de autoridade podem estar atribuídas a três características principais: aos privilégios costumeiros ou hereditários, às crenças na legalidade das normas e no direito de dar ordens e, por fim, ao carisma de pessoas que levam à devoção um grupo de seguidores. Nestes casos, as autoridades consideradas legítimas, no pensamento social moderno, são aquelas em que as pessoas obedecem de forma voluntária, sem necessidade de coação. Logo, não se trata apenas da força material ou intelectual, mas também de questões morais (SENNETT, 2016).

Para melhor compreensão do texto, é preciso definir o conceito de força. Veja que, em uma democracia, um partido dito forte é aquele que tem força para mobilizar um número maior de eleitores. Já um sindicato expressivo é aquele capaz de deflagar uma greve. Portanto, a força não está ligada apenas à posse de recursos violentos de coerção, mas de meios que permitam influenciar o comportamento de outra pessoa. Nas relações sociais, a força é determinada pela capacidade de impor sua própria vontade, até mesmo contra resistências. Em contrapartida, para a compreensão do poder, ele não pode ser reduzido a uma situação de desigualdade de forças. Na verdade, o poder está em dispor de um capital de confiança e que pode ser expresso também na forma de uma autoridade.

Lebrund (2017), diferentemente de Foucault, diz que o poder pode ser entendido como uma espécie de mercadoria rara, ou seja, uma pessoa só o detém quando a outra não o tem. Dessa forma, o autor propõe repensar a teoria de “soma zero”, especialmente para os proletários do terceiro mundo, já que a tese do adestramento pelo poder teve como principal objeto o homem europeu.

Por outro lado, o conteúdo moral também é uma estratégia psicológica de controle, já que existe, no cotidiano, a necessidade de uma pessoa sentir a necessidade de força. A própria carência da autoridade é formatada por questões socio-psicológicas. Afinal, as relações entre fortes e fracos são construídas socialmente (SENNETT, 2016).

Assim, a autoridade não pode ser somente representada por ideias de legitimidade, de credibilidade e de normas. Aliás, “o que há de peculiar nesta época é que os poderes formalmente legítimos das instituições dominantes inspiram um forte sentimento de ilegitimidade entre os que estão submetidos a elas” (SENNETT, 2016, p. 42).

Não obstante, existe uma correlação entre a dominação e a disciplina, triangulada entre poder, direito e verdade. Assim, em outros moldes, há a produção de um discurso de verdade que tem efeitos poderosos sobre o corpo social, não sendo diferente com a medicina e a produção do discurso do conhecimento. De fato, “somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2018, p. 279).

Há um conjunto de aparelhos, de instituições e de regulamentos que põem em prática e veiculam as relações de dominação, contudo não é uma dominação global de um grupo sobre outro, não há uma posição central, mas, sim, múltiplas sujeições que existem dentro de uma sociedade. É possível captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, onde ele se torna capilar e penetra em instituições que empregam técnicas de disciplina (FOUCAULT, 2018).

Em resumo, este tópico demonstra a idéia de que as sociedades modernas têm ações disciplinares, há um poder através da propagação de um ideal de razão. O capitalismo, especialmente com a ascensão burguesa, suprimiu a liberdade por meio de um conjunto de normas e de padronização dos indivíduos. Atualmente, o tempo, o trabalho, a vida cotidiana são fiscalizados e cada um, dentro da sua rotina, vigia os demais. Tudo isso é para fazer melhorar a *performance*, objetivando o lucro. Os sujeitos tornam-se inconscientemente obdientes e muitas forças estão em ação: o medo do desemprego, a busca pelo reconhecimento, o temor da inutilidade, a busca de aceitação e o *status* social. Diariamente, pequenas forças são divididas no cotidiano, proporcionando micro-relações de dominação. Estas relações são percebidas e propagadas pelas instituições, e não é diferente no hospital estudado.

2.5 Cultura organizacional e hierarquias na instituição estudada

É importante conceituar a expressão relações de trabalho, que, de acordo com a administração, são todas as relações que se estabelecem entre empregados e empregadores no interior das organizações. Todavia, esses agentes sociais ocupam posições opostas, mas

também complementares, dentro do processo produtivo. É preciso considerar, dentro dessa estrutura, os vários atores sociais, tais como sindicatos, fornecedores, clientes, Estado etc. Assim, o conflito está presente entre esses diversos atores devido ao poder variável e estruturante dessas relações. Então, dentro desse contexto de relações microssociais, há influência dos condicionantes macrossociais, tais como os valores e os símbolos que permeiam essas interações (GOULART, SAMPAIO, 2013).

Ademais, se há um agrupamento humano, existe uma organização, mesmo que ainda tímida ou incipiente. Entretanto, a maturidade de uma organização é estabelecida quando existe uma finalidade e um objetivo definidos. Assim, por meio de normas de conduta e do delineamento dos relacionamentos de seus membros, é possível realizar e alcançar determinado interesse. Para isso, são estabelecidas hierarquias de comando e/ou autoridade para conduzir as ações e os movimentos dentro de um espaço sob um determinado tempo. Portanto, um hospital, uma escola, e até mesmo uma orquestra, podem ser definidos como uma organização (SILVA, 2010). As estruturas organizacionais buscam estabelecer as formas e os modelos de relacionamento entre os membros, são instituídas regras e políticas de procedimentos assim como os limites de atuação. Dessa forma, quanto mais claras essas práticas forem evidenciadas no cotidiano, mais a formalidade estará presente na organização. Cabe ressaltar que, em organizações maiores, sejam estas públicas ou privadas, há definições claras sobre os papéis de cada membro ou categoria, uma vez que são estabelecidas as cadeias de comando (SILVA, 2010).

Da mesma maneira, há a divulgação de estatutos, regimentos ou qualquer documento, que são expressos a todos, de forma a estabelecer o papel de cada um. Busca-se a impessoalidade nas relações, que, normalmente, se dará de chefe para subordinado ou de coordenador para coordenado. Se as normas de condutas da organização não estiverem consolidadas, a informalidade poderá ser encontrada e a expressão de sentimentos pessoais poderá existir. Contudo, mesmo nas organizações formalmente definidas, poderão surgir, de modo espontâneo, ações e comportamentos não previstos e que expressam a natureza das pessoas (SILVA, 2010).

Não obstante, este comportamento estará relacionado à cultura local e à rede social das pessoas que formam o corpo organizacional. Além disso, a sociedade tem seus papéis relativamente determinados, quando se fala de comportamentos esperados. O indivíduo tende a desempenhar esses papéis à medida que ocupa uma posição social mais ou menos considerada (SILVA, 2010).

Atualmente, existe uma separação de classes sociais conhecidas como classes dos espíritos, dita superiores, *versus* as classes do trabalho manual e corporal, consideradas inferiores. Portanto, o racismo moderno não é apenas uma questão de separação por raças distintas, mas é qualquer separação que construa uma distinção ontológica. Observe que a morte de um jornalista europeu pode causar uma comoção mundial, enquanto um genocídio causa pouca comoção. O mundo está dividido em pessoas de maior e de menor valor (SOUZA, 2018).

No Brasil, criou-se uma mentalidade do “senhor”, que beneficia a divisão internacional do trabalho, também uma mentalidade de uma parte da população que é predestinada à obediência, à exploração e à subordinação. Esse domínio social é legitimado por um discurso de ciência para ter prestígio no mundo moderno (SOUZA, 2018).

Além do mais, esse discurso ideológico foi construído nesta década e mantém as estruturas de poder e a organização o trabalho, promovendo um medo constante do desemprego. Assim, o trabalhador deve ser multifuncional e sempre em qualificação permanente (GOULART, SAMPAIO, 2013) para conseguir sua inserção no mercado de trabalho. Não diferente, o papel profissional também estará condicionado a esses determinantes.

Aliás, existe um comportamento esperado desses profissionais, pois o prestígio social estará relacionado com o tipo de trabalho, com a liberdade de que se goza e com o salário. Essas variáveis definem as posições na estrutura social e pode-se atribuir um escore, em função das combinações desses atributos. A valorização não é o único determinante de uma posição social, mas pode estar relacionada às ideologias, às relações de poder e às próprias políticas para diminuição de desigualdades econômicas. Na Europa, os profissionais de saúde são tão valorizados quanto os eletricitistas e motoristas, afinal não há diferenças significativas em relação ao poder aquisitivo (SILVA, 2010).

Quando um desempenho profissional é reprovado de acordo com as expectativas sociais, há repulsa, castigo, multas, boicotes e salários mais baixos. Dentro da organização, não será diferente: terá mais prestígio quem melhor responder às necessidades e às normas estabelecidas (SILVA, 2010).

As empresas são consideradas entidades sociais e são capazes de criar suas próprias regras, costumes, hábitos, visões, linguagem, em outras palavras, sua própria cultura. Os cargos exercidos pelos indivíduos, as normas e os valores compartilhados pelos membros serão um elemento de identidade dessa empresa. Cada entidade social terá um ambiente e uma imagem, uma espécie de personalidade própria (SILVA, 2010).

No hospital estudado, há uma diretriz institucional traçada dentro de um planejamento estratégico. Há uma tentativa de conduzir as ações dos funcionários e prestadores de serviços para que os objetivos delimitados sejam atingidos. Além disso, são determinados pela sua missão, visão e valores instituídos, os quais compreendem os princípios norteadores de uma organização. Geralmente, eles denotam como a empresa quer se posicionar no mundo e ser reconhecida por seus clientes, colaboradores e parceiros. Dentro da missão, aparecem as palavras como cuidar de vidas, respeito e qualidade na assistência à saúde. Já na visão, existe a excelência, o conhecimento e a resolutividade. No que tange aos valores, são citadas a espiritualidade, a ética, a segurança, a qualidade e a valorização do conhecimento.

Percebe-se que a empresa, culturalmente, valoriza o conhecimento e isso pode influenciar nas relações sociais estabelecidas. No planejamento estratégico, é possível ver a preocupação com a sustentabilidade financeira. Portanto, são estabelecidas metas para aumentar receitas e atingir a produção estabelecida no contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde. No que se refere ao mercado e aos clientes, nesse espaço, são delimitadas ações para fortalecer e para fidelizar o corpo clínico, além de direcionar esforços para a satisfação do cliente-paciente.

De acordo com Goulart e Sampaio (2013), a ideologia organizacional justifica os interesses de agentes coletivos. Então, isso pode moldar o comportamento dos líderes que tentarão seguir os objetivos delimitados pela alta administração. Haverá a organização dos espaços e a adoção também de tecnologias.

A instituição estudada tem um aparato tecnológico significativo, pois conta com prescrição eletrônica, sistema informatizado de gestão de indicadores, plataformas eletrônicas para gerenciamento de estoques e sistema de transporte pneumático.

Outros aspectos relacionados à cultura organizacional estão direcionados no vestuário. Uniformes são cedidos pela empresa para os funcionários assistenciais, supervisão e coordenação. Existe um código de vestuário para roupas recatadas, fechadas e compatíveis com a legislação sanitária. Os gerentes e diretores, normalmente, utilizam-se de vestuários com cores neutras e tecidos sociais. Os prestadores de serviços utilizam jaleco branco com logomarca da empresa. Já no caso da segurança patrimonial, o traje é preto e formal.

Vale ressaltar que há uma espécie de resistência ao vestuário estabelecido. Alguns funcionários utilizam trajes mais casuais, como calça jeans e tênis. Todavia, percebe-se que a gerência e a direção tentam disciplinar o vestuário. O traje mais recatado pode estar relacionado à entidade que administra o hospital, pois existe a influência do fundador católico.

Os valores do fundador na cultura organizacional são fundamentais para a socialização dos novos membros do grupo, ou seja, a figura do fundador é percebida como os valores solidificados, a ponto de se tornar um mito para as pessoas, definindo o comportamento dos funcionários, já que direcionam as crenças (GOULART, SAMPAIO, 2013).

Percebe-se que a mantenedora é formada por um grupo de religiosos que atuam na educação e na área da saúde. Os valores morais são difundidos no comportamento do grupo. Na carta de princípios divulgada em página institucional, há uma declaração de compromisso com os ideais do fundador, que viveu entre 1550 a 1614. A espiritualidade é valorizada, inclusive como uma competência profissional, considerando o ser humano nas questões biológicas, ecológicas, sociais, psíquicas ou espirituais. Existe um valor moral no cuidado da saúde, tratado como uma missão profética herdada dos evangélicos cristãos. O cuidado samaritano dos doentes é estabelecido. Celebrações religiosas católicas são realizadas para os colaboradores. Além disso, visitas religiosas são permitidas independentemente da sua orientação.

Ainda, na carta, é possível identificar as relações de trabalho, pois cita-se uma interface multiprofissional dos funcionários. Há diretrizes para a administração das entidades, que reforçam a busca por novos conhecimentos humanos, científicos, tecnológicos, éticos e pastorais. No mais, corroboram a sustentabilidade financeira e conduzem as lideranças nas buscas por recursos, em conformidade com o planejamento estratégico estabelecido.

Tais características permeiam os elementos simbólicos da própria cultura organizacional, formando modelos mentais que são compartilhados e aprendidos pelos seus membros.

É interessante a correlação do aspecto religioso com o administrativo-financeiro nesta instituição. Geertz (2008) pontua que, em todos os povos, os objetos de culto são permeados por uma aura de profunda seriedade moral. Assim, o sagrado contém um sentido de obrigação intrínseca, ou seja, exige devoção e encoraja uma determinada população. É perceptível a aceitação tal como um compromisso intelectual.

Quando se observa o local de pesquisa, há uma tentativa de harmonização da crença religiosa e dos rituais com as atividades de trabalho. Os espaços são decorados com elementos do sagrado e capelas. Então, a visão de mundo estabelecida nas diretrizes organizacionais vai se tornando emocionalmente aceitável, especialmente por se apresentar como uma imagem de um verdadeiro estado de coisas.

Ainda como propõe Geertz (2008), os símbolos religiosos, dramatizados em rituais e propagados em mitos, orientam as formas de comportamento, pois se relacionam a uma ontologia e a uma cosmologia com uma estética e uma moralidade. Então, há um poder peculiar que dá um sentido normativo e real aos envolvidos, construindo um sistema de valores, independentemente de qualquer referente metafísico.

Tudo isso irá afetar a organização do trabalho na instituição, contudo não se pode esquecer que há um contexto social exterior à própria instituição, que afeta as relações de trabalho entre os membros. A todo momento, seja no plano estratégico ou na carta de princípios, há referência à sustentabilidade financeira. Não se fala abertamente de lucro ou de atividades de capitalistas, devido à moralidade das questões espirituais. Todavia, a cultura capitalista está presente.

Entretanto, os trabalhadores estão inseridos em questões macrosociológicas, no qual são difundidos ideais de que deve existir um tipo psicológico adequado às mudanças e às inseguranças da modernidade. Há um constante apelo à capacitação e à profissionalização assim como ao consumo. A individualidade está presente nas relações. A burocracia organizacional tenta se adaptar às exigências do mercado flexível, e as relações de poder têm um caráter de maior controle e de menor autoridade (SENNET, 2006).

Existe uma gestão hierárquica, que subdivide a cadeia de comando em: administrativa, clínica e financeira. São três diretorias que se inter-relacionam: há a figura de um diretor médico e de dois administradores. Estes atuam na gestão estratégica, traçando diretrizes macro-institucionais. A gestão da enfermagem e dos demais setores (Serviço de Nutrição e Dietética, Suprimentos, Financeiro, Recursos Humanos etc.) está sob a liderança de gerentes táticos e são subordinados à diretoria. Além dos gerentes, existe a baixa liderança: coordenadores, supervisores e líderes. Estes, normalmente, atuam no operacional e repassam as informações estabelecidas nos níveis estratégico e tático.

O corpo clínico se vincula ao hospital por meio de contrato de prestação de serviços. De maneira geral, há um coordenador médico para cada área regulamentada e que, segundo a legislação, necessita de um responsável técnico específico.

Não obstante, além dos relacionamentos entre empregadores e empregados, há outros atores que são importantes na compreensão da rede de relacionamentos, tais como os sindicatos (GOULART, SAMPAIO, 2013).

2.6 Profissionalização e monopólios profissionais

As profissões são muito discutidas sob a perspectiva sociológica e têm gerado muitas discussões sobre o próprio termo. Afinal, o que difere uma profissão de uma ocupação? No sentido inglês, a partir da sociologia funcionalista, as profissões são consideradas escolhas de atividade de trabalho que permitem autonomia e a construção de uma carreira, tal como a de médicos, a de advogados, a de engenheiros e a de professores. Já as ocupações são desvalorizadas, contudo são exercidas pela maioria. Entretanto, outras escolas sociológicas, como as interacionistas e críticas, questionam essa posição e consideram que todas as atividades podem se tornar profissionais, desde que permitam a aquisição de competências e de reconhecimento (DUBAR, 2012).

A socialização pelo trabalho é um aspecto muito importante da vida humana, pois muitas funções laborativas permitem uma identificação positiva e ajudam na construção identitária do sujeito, especialmente aquelas atividades que promovem serviços úteis, como a educação, a saúde e a segurança. Existe uma dimensão simbólica importante em termos de realização de si advinda do reconhecimento social (DUBAR, 2012).

Em contrapartida, os sistemas de profissionalização também são formas de exclusão e de restrição de mobilidade social e foram consolidadas pelo capitalismo. Isso foi possível graças aos monopólios profissionais, descritos dentro da teoria do fechamento, ou *closure theory*.

Murphy (1984) discute as teorias de fechamento social que foram estabelecidas por Weber, Collins e Parkin e suas relações estruturais de exclusão, que eram baseadas em regras que integravam uma separação por: propriedade, credenciais, linhagem/origem, raça, etnia, língua, crenças religiosas, sexo, entre outras questões. O autor questiona os pontos fracos dessa teoria e avalia profundamente as relações de dominação, especialmente quando o *status* socioeconômico tornou-se cada vez mais concentrado e fonte de poder.

Contrariando as teorias marxistas, houve um enorme crescimento das classes médias, cujo poder depende principalmente das credenciais educacionais e estabeleceram novas formas de estratificação social. Uma das respostas mais originais às limitações das teorias sociais predominantes tem sido tentar produzir uma abordagem nova, mais geral, capaz de captar a diversidade das fundações da dominação (MURPHY, 1984).

Já na realidade brasileira, Diniz (2001) traz uma revisão teórica sobre a formação dos monopólios profissionais e o seu relacionamento com o saber. Ademais, também aborda a constituição das profissões como uma estratégia de grupo de *status*.

Todavia, a área da saúde apresenta seus processos históricos de fechamento. Adiante, será abordada a realidade brasileira e como se deu a construção da autoridade de determinada profissão e suas inter-relações com a igreja, com o Estado e com a sociedade.

2.7 As relações de poder entre os profissionais, o clero e o Estado: uma perspectiva histórica

Para iniciar esta discussão, é relevante destacar que a história do Brasil é marcada pelas lutas de diferentes instâncias e formas de poder. Já no período colonial, eram frequentes os embates entre os conquistadores europeus, a igreja e aqueles que habitavam a colônia. De maneira geral, acredita-se que a sociedade brasileira foi construída sob moldes autoritários, contudo isso não é percebido devido à propagação de um ideal de passividade e de igualdade, gerando um mito de povo pacífico, sem preconceitos ou conflitos sociais (CHAUI, 2010).

A formação identitária do povo brasileiro é permeada por uma série de conjecturas discursivas que permite uma sociedade tolerar a elevada desigualdade e as injustiças sociais. Afinal, a própria ideia de “descobrimento” do Brasil difundida até os dias de hoje foi uma invenção dos conquistadores europeus. Além disso, há resquícios da visão teológica cristã baseada na teoria medieval do direito. Não obstante, estas foram as mesmas teorias que sustentaram as monarquias absolutas. Nesse sentido, é possível dizer que o mito fundador da sociedade brasileira está sobre os pilares do poder teológico-político (CHAUI, 2010). E qual a relação dessa questão com as relações de poder entre os profissionais de saúde? Não se pode esquecer que os saberes nessa área foram afirmados ou destituídos de acordo com as relações entre o poder público e o poder eclesiástico. Pode-se inferir que, na atualidade, os profissionais de saúde ocupam determinados lugares, em virtude dessas construções históricas que influenciaram a formação profissional dos sujeitos desta pesquisa.

O que corrobora essa afirmação é que, no Brasil colonial, já existia uma competição pelos serviços médicos, e as ordens religiosas foram fundamentais na afirmação do poder da medicina oficial, ao estabelecer que as práticas curativas populares eram demoníacas. Embora tais embates tenham resultado na supremacia do saber médico-científico, isso não significa que o processo não foi árduo ou custoso. Ainda nos três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorria a diferentes métodos de curas importadas da Europa, assim como a

práticas curativas de outras etnias, tais como as das populações indígenas e negras (EDLER, 2010).

Em Portugal, nos séculos XII e XIII, eram os eclesiásticos que exerciam a medicina. Assim, não foi diferente no Brasil, pois esses mantiveram o legado da assistência espiritual e corporal: receitavam, sangravam, operavam e realizavam partos. Entretanto, devido à dificuldade no acesso a recursos médicos da Europa e da Ásia, o clero incorporou os recursos medicinais indígenas. Os conventos detinham farmácias, o que gerou diversas dificuldades aos boticários laicos. Os medicamentos com elementos da flora nativa passaram a ser uma das principais fontes de renda da ordem jesuítica da Bahia, atingindo proporções internacionais. A igreja, então, absorvia os saberes dos físicos, dos cirurgiões e dos boticários, aplicando-os em suas Santas Casas de Misericórdia (EDLER, 2010).

Aliás, a igreja participou de forma relevante na formação estrutural e cultural da sociedade brasileira. Afinal, partindo sempre da ideia de Deus como legislador, muito se usava para explicar o cenário social como uma ordem jurídica criada por Ele, em que há uma hierarquia natural a ser seguida. A obediência era devida ao superior, àquele que naturalmente comanda o inferior. Dessa forma, os negros, os índios e os demais que ficavam em posições de servidão deviam aceitar tais condições em virtude da ordem desejada por Deus (CHAUI, 2010).

Embora houvesse negativa nos discursos disseminados, havia resistência nas camadas que eram exploradas, afinal os índios se recusavam a aceitar a “servidão voluntária”. Em contrapartida, houve uma proposição para tal impasse, os colonizadores afirmaram que o índio apresentava uma natural indisposição para a lavoura, enquanto o negro apresentava uma afeição espontânea a ela. Dessa forma, houve a justificativa para o estabelecimento de uma sociedade escravagista. Além disso, as divisões sociais eram acobertadas pela manifestação do direito natural e religioso (CHAUI, 2010).

Simultaneamente, o poder Estatal interferiu na atuação dos profissionais que atuavam na saúde nos primórdios do Brasil, pois as Ordenações Filipinas, em 1521, regulamentavam os ofícios dos médicos, dos cirurgiões e dos boticários. Portanto, os aspirantes à arte de curar deveriam recorrer à Coroa para exercer a medicina. Em 1782, a Junta Promedicato, por meio de seu físico-mor, detinha o poder de fiscalizar os boticários, as boticas e as qualidades e preços dos medicamentos. Naquela época, já existia uma lei que estabelecia a separação entre físicos, cirurgiões e boticários, em que cada um detinha sua função e deveriam restringir-se a essas atividades, à medida que obedeciam a uma hierarquia de importância. Em contrapartida, tal situação não era exatamente como foi sancionado pela lei do Reino, já que as infrações eram

frequentes. Eram muitos os que praticavam as atividades curativas na informalidade, até mesmo ouvires e padeiros comercializam medicamentos (EDLER, 2010).

No que diz respeito à educação formal do saber médico, o ensino iniciou-se em Portugal no mosteiro de Santa Cruz, em Coimbra, no século XII, e mesmo dentro da universidade portuguesa, nos primeiros tempos, os religiosos compunham o quadro docente e discente. Todavia, houve uma mudança a partir do século XV, quando os leigos e os judeus passaram a atuar tanto no Reino como nas inúmeras colônias. Esse ensino passou a ser considerado de vanguarda e foi prestigiado socialmente. Entretanto, uma mudança no cenário social no século XVI promoveu a estagnação dos cursos universitários, especialmente devido à ação do fanatismo religioso (MONTEIRO, 2010).

Existia, nesse cenário, muitos ofícios para os quais não havia necessidade de se cursar nenhum tipo de escola. Essa categoria de profissionais era considerada inferior aos médicos, que cursaram uma formação erudita. Até mesmo as atividades dos cirurgiões eram consideradas indignas, pois se tratava, na verdade, de um ofício de características manuais, geralmente praticado por pessoas de classes sociais inferiores. Tais cirurgiões realizavam amputações, redução de luxações e tratamento de fraturas; sangravam, colocavam ventosas e sanguessugas; aplicavam clisteres; extraíam balas e arrancavam dentes. Alguns ainda cortavam o cabelo e aparavam a barba, mas, no final do século XVII, tanto em Portugal como na Colônia, houve separação entre os ofícios de cirurgiões e barbeiros, por meio da emissão diferenciada da documentação pelas câmaras municipais (MONTEIRO, 2010).

A profissão de boticário, que originou os farmacêuticos atuais, detinha na Europa uma característica familiar, formando inclusive dinastias. Não havia cursos para formação, embora as pessoas que exerciam o ofício eram dotadas de criatividade, participavam da vida cultural e se ligavam a academias literárias. Com o progresso da medicina e dos processos químicos, as fórmulas farmacêuticas tornaram-se mais complexas e exigiam do boticário um talento especial e conhecimento. No Brasil colônia, as boticas eram simples e, na falta de médicos habilitados, o boticário prestava serviços à população, especialmente por serem mais baratos do que aqueles realizados por médicos licenciados (MONTEIRO, 2010).

Em paralelo, o modelo assistencial no Brasil era fortemente influenciado pelas irmandades de misericórdias (EDLER, 2010), que, de modo local, mas sob supervisão de um poder eclesiástico central, moldou a sociedade civil e laica para executar os serviços de proteção e amparo à população e, em particular, a administração dos hospitais. Contudo, mesmo após a Constituição Republicana de 1891, a assistência médica pública continuou a cargo das

irmandades de misericórdia, embora o poder estatal gerisse as ações de higiene urbana (MONTEIRO, 2010).

Nesse contexto, é interessante trazer como exemplo o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista. A Santa Casa estava subordinada a um provedor, que fiscalizava as questões econômicas, sanitárias e religiosas. Os médicos forneciam o suporte sanitário, contudo passavam pelo crivo da instituição, que era representada na pessoas do provedor, do escrivão, do tesoureiro, do procurador-geral e dos consultores. Estavam presentes os funcionários assalariados, que exerciam atividades administrativas, desde a portaria, passando pelo atendimento médico e culminando com a atenção espiritual. Veja-se que, nessa época, já havia a figura do administrador do hospital, que detinha um salário superior aos demais e não tinha formação médica. Sua atuação baseava-se no controle dos custos e na manutenção da disciplina do grupo de funcionários. O corpo de enfermagem recebia vencimentos menores, os enfermeiros necessitavam ser alfabetizados para compreender as instruções médicas e ministrar corretamente os medicamentos de acordo com os livros disponibilizados (MONTEIRO, 2010).

Já no século XX, em sua primeira metade, o Brasil não tinha uma organização médico-hospitalar, o que se refletia na capital estabelecida no Rio de Janeiro. Muitos médicos, intelectuais, entre outros, debatiam acerca da prestação de serviços assistenciais à população, especialmente com a eclosão das greves operárias e a pandemia de gripe espanhola. Nessa época, pensava-se que a solução era a construção de grandes hospitais ligados ao ensino da medicina e, sobretudo, não se concebia como uma prestação de serviços gratuita (MONTEIRO, 2010).

Ademais, neste período, houve conflitos entre o “sistema de caridade” e o ensino médico. Para este último, o estabelecimento hospital deixa de ser uma instituição religiosa e passa a ser uma instituição econômica, com objetivos específicos a serem alcançados, especialmente a redução da mortalidade (MONTEIRO, 2010).

Conforme discutido acima, durante a história, a medicina científica e a própria religião estiveram em uma disputa constante. Um exemplo disso é que, inicialmente, os médicos e os boticários judeus podiam ser condenados pela Inquisição, sob as mais diversas alegações (MONTEIRO, 2010).

Quadro 1 – Histórico das profissões de saúde no Brasil

Profissão	Origem/Motivação Econômico-Social	Profissionalização
Administração Hospitalar	Contemporâneo - O administrador tornou-se importante no século XX para suprir uma demanda técnica-especializada no setor industrial, sendo necessário para dar suporte as empresas no que tange a questões econômicas(CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO, [2019]). No que se refere a administração hospitalar, não há uma regulamentação e os cursos podem ser encontrados no nível da pós-graduação, assim como, graduação (BRASIL, [2017])	A regulamentação da profissão de administrador ocorreu através da Lei nº 4.769, de 09 de setembro de 1965. Já a profissão de administrador hospitalar não há regulamentação específica, embora exista a Federação Brasileira de Administradores Hospitalares, que foi fundada em 26 de fevereiro de 1971, com o nome de Colégio Brasileiro de Administradores Hospitalares e elaborou um código de ética profissional e ajudou no estabelecimento de um currículo mínimo aos cursos de graduação nesta área. Vale ressaltar que, tal entidade é um iniciativa de um clérigo, autor de livros e artigos na área (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES, [2019]).
Farmácia	Colonial - o boticário era proprietário de pequenos estabelecimentos de propriedade familiar, desta forma, pesquisava, manipulava e produzia medicamentos. Essa característica se manteve hegemônica até o início do século XX, quando se dá o processo de industrialização. Já na década de 1960 o farmacêutico foi reinserido na equipe de saúde, e conseqüentemente, no âmbito hospitalar (SATURNINO et al, 2012)	O ensino formal na área de farmácia se deu no Brasil em 1832, sendo que estava relacionado às escolas de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Possuía duração de cerca de quatro anos, incluindo a prática em botica. A partir de 1931, o curso passa por importantes transformações ligadas ao início da industrialização e o currículo mínimo passa ser voltado para a área técnica-industrial (SATURNINO et al, 2012). Em relação a criação de um órgão profissional de Farmácia em 11 de novembro de 1960 através da Lei nº 3.820, foi criado o Conselho Federal de Farmácia, e os Conselhos Regionais de Farmácia, sendo estes dotados de personalidade jurídica, de direito público, com autonomia administrativa e financeira.
Fisioterapeuta	Entre Guerras - Devido ao grande número de feridos oriundos das duas guerras, houve a necessidade de uma reabilitação para reinserir as pessoas afetadas novamente em uma vida ativa (CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3 REGIÃO, [201?])	No Brasil, a educação formal para formação para técnicos em fisioterapia se deu em 1951 e tinha duração de um ano. Apenas em 1969, por meio do Decreto-lei nº 938/69, a Fisioterapia foi reconhecida como um curso de nível superior e definitivamente regulamentada ((CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3 REGIÃO, [201?])

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Quadro 1 – Histórico das profissões de saúde no Brasil

Profissão	Origem/Motivação Econômico-Social	Profissionalização
Fonoaudiologia	Pós Segunda Guerra Mundial, houve uma preocupação da medicina e da educação com a profilaxia e a correção de erros de linguagem apresentados pelos discentes. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2014).	Na década de 1940, os logopedistas ou terapeutas da fala já atuavam no exercício prático o ofício. Na década de 1960, foi estabelecido um curso formal de curta duração ou "tecnólogos", que dava o status de ensino especializado, contudo, tal profissional ainda era subordinado a outros que detinham cursos de longa duração (COSTA, 2001). Apenas em 1981 a profissão foi regulamentada e os conselhos de classe foram criados pela Lei nº 6965, que detinha a finalidade a fiscalização do exercício profissional (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2014). A inserção deste profissional na equipe multiprofissional em saúde é recente, contudo, sua área de atuação abrange escolas, clínicas particulares, entre outra (COSTA, 2001).
Nutrição	Pós Segunda Guerra Mundial - Houve uma preocupação com a questão higienico-alimentar com a instauração de uma nova ordem político-econômica internacional. Neste sentido, a profissão se consolidou nos espaços especialmente dentro de agências especializadas, tal como, a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre outras. No Brasil, segundo Aperibense e Barreira (2008), apenas após a consolidação da profissão de enfermagem, que se observa o surgimento da nutrição. Assim, após a consolidação do profissional, o enfermeiro deve suas funções redefinidas para evitar subreposições de papéis.	Na década de 1940, médicos especialistas na área de nutrição (nutrólogos) influenciou o estabelecimento dos primeiros cursos relacionados a área nutricional. Contudo, apenas na década de 1960 que o curso foi reconhecido e houve a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Nutrição (VASCONCELOS, 2002)
Enfermagem	Colonial - A enfermagem era tradicionalmente exercida pelas irmãs de caridade nas Santas Casas de Misericórdia existentes nas principais cidades e, nos hospitais particulares, por atendentes treinadas em serviço (APERIBENSE; BARREIRA, 2008), (VASCONCELOS, 2002).	A graduação em enfermagem teve início em 1921 por iniciativa de Carlos Chagas, quando diretor do Departamento Nacional de Saúde, com a fundação da Escola Anna Nery, que serviu de modelo para as demais. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Juntos, formam o Sistema COFEN/Conselhos Regionais (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Quadro 1 – Histórico das profissões de saúde no Brasil

Profissão	Origem/Motivação Econômico-Social	Profissionalização
Medicina	Colonial - A medicina esteve presente no Brasil desde o século XVI, já que os jesuítas praticavam a arte de curar e fabricavam medicamentos. Posteriormente, os judeus ou cristão-novos vieram ao país fugindo da inquisição. Neste período destacavam-se três principais categorias: os cirurgiões-barbeiros, os cirurgiões aprovados e os cirurgiões diplomados. Todavia, a vinda da família real para o Brasil foi importante para o desenvolvimento da medicina devida a criação das escolas medicocirúrgicas, em Salvador e no Rio de Janeiro. Ao longo do tempo, percebe-se que as motivações econômico-sociais do exercício da medicina são variáveis (MONTEIRO, 2010)	A fiscalização da ocupação no período colonial era exercido pelo poder municipal (Câmara). Quando Dom João VI chega o Brasil, há um fortalecimento da profissão, quando foram criadas, em 1808, as duas escolas médico-cirúrgicas, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Na realidade, somente a partir de 1832, quando as duas escolas foram transformadas em faculdades de medicina, começaram a formar médicos brasileiros, os quais, aos poucos, foram assumindo o exercício da medicina em concorrência com os cirurgiões-barbeiros e os curandeiros. Todavia, a regulamentação efetiva da profissão foi realizada pelo então presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira pela lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, criando o Conselho Federal e Regionais de Medicina (MONTEIRO, 2010)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Isso sugere que tais embates ainda podem estar presentes nos hospitais contemporâneos, e as relações de poder institucionalizadas podem ser refletidas. Assim, acredita-se que a própria organização do espaço nosocomial moderno se relaciona de forma intrincada a questões econômicas e políticas. Tais relações, dentro do contexto brasileiro, podem ser ainda mais complexas em virtude de uma história de colonização, de imperialismo e de ditaduras.

Acresce-se que o país teve um crescimento urbano desordenado durante o período ditatorial e, logicamente, as precárias condições de vida da população de baixa renda afetaram o quadro epidemiológico de forma negativa. Até os movimentos que culminaram na efetiva criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema médico, que era favorecido pelo Estado, era o privado. Na década de 1970, foi expressivo o número de hospitais que assumiram caráter empresarial e lucrativo. Dessa forma, no desenvolvimentismo brasileiro, a saúde passa a ser responsabilidade individual, com cunho mercadológico, em que ações curativas têm supremacia sob as preventivas (PONTE; NASCIMENTO, 2010). Cabe ainda ressaltar que a maior parte dos conselhos federais responsáveis pela regulamentação das profissões em saúde ocorreu a partir de 1960, como demonstrado na Quadro 1.

Como se observa, a regulamentação das profissões de saúde é recente, sugerindo que o Brasil precisa amadurecer no reconhecimento de trabalhos que são relevantes ao desenvolvimento humano. Ademais, o país contemporâneo é permeado de contradições e desigualdades de acesso à saúde, mesmo após a implantação de um sistema universal de saúde. Segundo o relatório do PNUD, o país é o 4º país com mais alto IDH, ficando atrás do Chile, Argentina e Uruguai. Isto é devido à grave desigualdade social, ou seja, a parcela dos 10% mais ricos do Brasil concentra cerca de 42% da renda total do país (ALVES *et al.*, 2019).

Dessa maneira, ainda é preciso reavaliar os sistemas de saúde, especialmente o modelo brasileiro. Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para melhor entendimento das relações de trabalho entre os profissionais de saúde.

2.8 Biopolítica: uma análise no contexto brasileiro

Analisar o contexto saúde no Brasil permite uma reflexão sobre a própria história da desigualdade social. Conforme pontua Edler (2010), muitas das desigualdades sociais que foram herdadas do período colonial se refletem, inclusive, no acesso a medicamentos. A população pobre utilizava remédios caseiros recomendados por curandeiros, mezinheiros, barbeiros e sangradores, considerados indignos para “gente fina e delicada”. Então, a elite importava seus medicamentos da Europa, e esta prática era uma forma de ostentação senhorial.

Assim, questiona-se: como a saúde do corpo social passa a ser uma preocupação do Estado? Primeiramente, a questão econômica foi a principal motivação para o estabelecimento de políticas sanitárias.

Aliás, a intervenção Estatal e o estabelecimento de uma política sanitária ocorreram após o término do período escravagista, quando as oligarquias necessitam atrair mão de obra para as fazendas de café. Todavia, durante o século XIX, o país foi permeado por inúmeros problemas relacionados à infraestrutura e ao saneamento, que reduziam as condições de higiene nas cidades da velha colônia portuguesa, afastando as companhias de navegação e os migrantes, que conheciam o Brasil como túmulo dos estrangeiros. Em virtude disto, com a ajuda do Estado, a medicina ganha força de intervir na sociedade, especialmente a partir da segunda metade do século XIX e início do XX (PONTE, 2010).

Foucault (2018), refletindo sobre o surgimento da medicina coletiva, que foi anterior à privada, pois houve primeiro a socialização do corpo como força de produção e força de trabalho, afirma que

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2018, p. 144).

Mesmo o Brasil se constituindo em país agroexportador, tal fenômeno de controle social também pode ser identificado. Em outros termos, houve a implementação de uma “Biopolítica nos moldes brasileiros”, tão autoritária que culminou na Revolta da Vacina em 1904. Afinal, foi constituído, nesse período, uma autoridade médica capaz de regular a vida urbana em nome da proteção à saúde pública (PONTE, 2010).

Observa-se que muitas medidas com fins sanitários não se limitavam ao espaço público, mas interferiam diretamente nos hábitos de vida dos brasileiros, incluindo as formas de trabalho e sua própria identidade. A “reforma” do ambiente urbano para fins higiênicos demoliu, junto aos prédios, as memórias daqueles que ali viviam. Tendo em vista essas questões e, logicamente, com apoio de parte da elite brasileira descontente com a República, após a publicação da legislação que regulamentava a obrigatoriedade da vacina, houve uma grande convulsão social, permeada por protestos populares e sublevações militares (PONTE, 2010).

Neste ínterim, houve uma aliança entre Estados e os profissionais médicos. Assim, o exercício do ofício de curandeiro era formalmente proibido sob penas de prisão e multa. Dessa forma, as associações médicas, ao adquirem prestígio, conseguiram garantir o monopólio da assistência médica aos doutores diplomados e disseminaram a ideia de fraude e charlatanismo para as práticas terapêuticas populares. As perseguições aos curandeiros se intensificaram já em 1870, este novo tipo de despotismo assinala emergência de políticas de contenção das “classes perigosas” e de naturalização das diferenças sociais, tendo como base ideológica o “racismo científico” e o “darwinismo social” (PONTE, 2010).

Dito de outra forma, a desigualdade é naturalizada por um conjunto de práticas que ocultam a determinação histórica ou material da exploração, da discriminação e da dominação. Na verdade, é comum remeter somente ao Estado o atributo de autoritário, mas o que precisa ser percebido é que a sociedade brasileira é autoritária e que dela provêm as diversas manifestações do autoritarismo político. Por outro lado, o corpo social brasileiro valoriza a fidalguia e o privilégio, utilizando títulos honoríficos (doutor) para pessoas reconhecidamente superiores, estabelecendo uma relação de servo-senhor, vassalagem ou criadagem (CHAUI, 2010). Nas entrelinhas, a sociedade acredita que é um dever obedecer o que detém maior conhecimento, aquele que é reconhecido como detentor do saber científico e racional, aquele que conquistou por “mérito” sua posição atual. O poder não opera aqui de modo imprevisível,

desregulado ou eruptivo como o poder da espada, mas, continuamente, ao formar uma continuidade de ideias e de representações que impregnam a sociedade (HAN, 2019, p. 72). As pessoas são “livres” para decidir a quem devem obedecer, não percebendo as técnicas disciplinares que se utilizam do discurso de proteção de vida.

3 METODOLOGIA

Esta investigação tem abordagem qualitativa, na medida em que a pesquisadora utilizou esse método para a coleta de dados por meio da observação do comportamento ou de entrevistas com participantes (CRESWELL, 2010). Em outras palavras, o método qualitativo exige do pesquisador uma capacidade integrativa e analítica, além de uma habilidade criadora e intuitiva. Considera a subjetividade e representa um mergulho na vida do grupo e em culturas às quais, muitas vezes, o pesquisador não pertence (MARTINS, 2004).

Dentro de uma perspectiva qualitativa, utilizou-se a história oral (HO), que, segundo Meihy (2005, p. 17): “[...] é uma prática de apreensão de narrativas feita através do uso de meios eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato”.

Essa metodologia permite uma visão diferenciada sobre diferentes grupos, ou seja, é considerado um método democrático, que pode permitir o reconhecimento de pessoas subjugadas (CRESWELL, 2010). Portanto, tal delineamento demonstrou ser adequado para um estudo que tem como objeto a análise das estruturas de poder dentro das organizações de saúde.

3.1. Tipo de pesquisa

Esta pesquisa utiliza como metodologia a história oral temática, já que, de maneira específica, utilizou-se um roteiro para a condução das entrevistas sobre as relações de autoridade e de poder entre os integrantes da equipe multiprofissional em saúde.

Esse gênero, em HO, permite a utilização da narrativa como um documento para esclarecimento sobre um determinado tema, contudo não se pode entender o entrevistado como apenas um informante, mas ele permite que o narrador expresse sua opinião livre e suas memórias, afinal é impossível supor uma objetividade absoluta em expressões de fala espontânea. De qualquer forma, dado ao seu caráter específico, a HO temática realça os detalhes da história pessoal do colaborador (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Nesta pesquisa, foram consideradas as memórias e a experiência dos colaboradores. Aliás, a memória pode ser definida como:

Memória, de maneira geral, pode ser entendida como a capacidade de reter, recuperar, armazenar e evocar ideias, saberes, sensações, emoções, sentimentos, informações e experiências acontecidas anteriormente. O que a memória grava, realça, exclui, relembra é o resultado de um trabalho de organização, portanto toda memória é seletiva. Só é possível apreender o que

há na memória de alguém a partir do que é sistematizado em forma de narrativa (CARVALHO; RIBEIRO, 2013, p. 24).

Nesse sentido, a documentação derivada da oralidade foi privilegiada, mas outras fontes foram incluídas para a elucidação dos fatos apresentados, tais como redes sociais, *sites* institucionais, jornais da época, livros e periódicos. Isso permitiu compreender o cenário social, político e econômico em que esta pesquisa se insere. Esta pesquisadora procurou entender na ordem subjetiva e objetiva as narrativas das pessoas que as vivenciaram.

3.2. População

Em história oral, é importante adotar critérios para selecionar os participantes advindos de comunidades amplas (MEIHY, 2005). Normalmente, escolhe-se a comunidade de destino, que são todas as pessoas que, de alguma forma, se sentem ligadas ao tema estudado e, de maneira geral, é formada por indivíduos que mantêm laços de afinidade (CARVALHO; RIBEIRO, 2013)

É interessante ressaltar que, neste trabalho, os sujeitos de pesquisa serão denominados colaboradores, pois, segundo Meihy e Ribeiro (2011), as entrevistas demandam um cerimonial que transforma a situação de pesquisa em evento social. Isto não quer dizer igualdade entre o entrevistado e o entrevistador, mas o interlocutor está no papel central, de maneira ativa, democrática e ética, portanto é aplicado o conceito de colaboração.

Assim, a comunidade de destino desta pesquisa foi composta por colaboradores que atuam na área da saúde e dividem seu dia a dia de trabalho, ou seja, são pessoas que são diretamente afetadas pelas ações e decisões umas das outras.

Os colaboradores escolhidos são trabalhadores da área de saúde de um hospital localizado no Vale do Paraíba Paulista e pertencem a grupos ocupacionais distintos. As narrativas permitiram mapear as redes de poder entre os interprofissionais. Afinal, o trabalho pode dizer muito sobre o estilo de vida e a identidade pessoal, conforme descreve Giddens (2002, p. 80):

[...] mas o trabalho não está de nenhuma maneira completamente separado da arena de escolhas plurais, e a escolha de trabalho e do ambiente de trabalho constitui um elemento básico das orientações de estilo de vida na extremamente complexa divisão moderna do trabalho. (GIDDENS, 2002, p. 80)

Veja que a colônia está relacionada ao fundamento da identidade cultural de um grupo (MEIHY, 2005). Para tornar este estudo viável, escolheu-se um hospital geral de alta complexidade como uma colônia. Pode-se elucidar o conceito de colônia da seguinte forma:

[...] a colônia, por sua vez, é o grupo de onde podem emergir os entrevistados de nossas pesquisas. Que estiveram mais intimamente ligados à experiência estudada. Pode ser um grupo menor, contido no grupo de pessoas da comunidade de destino (RIBEIRO, 2016, p. 21).

Inicialmente, foi solicitada a autorização dessa instituição para a realização do trabalho de campo. Para a seleção da amostra, foram considerados todos os cargos relacionados à equipe multidisciplinar em saúde. Com efeito, em história oral, todos os testemunhos são válidos, independentemente da classe social, *status* ou relevância pública do colaborador (MEIHY, 2005).

Portanto, os critérios de inclusão foram pessoas que voluntariamente desejam participar da pesquisa e trabalham na instituição, independentemente do sexo e do cargo, desde que sejam de áreas distintas. Os critérios de exclusão são pessoas que não desejam participar da pesquisa; pessoas que não podem se comunicar oralmente; colaboradores que atuem em trabalhos esporádicos, estagiários e jovens aprendizes; funcionários das áreas de apoio, tais como hotelaria, manutenção, medicina do trabalho, recursos humanos e contabilidade.

A população escolhida foi intencional, afinal a história oral considera a pessoa em sua unidade. Foram respeitadas as regras institucionais e os contatos foram mediados pelo instituto de ensino e pesquisa. Esse departamento forneceu as informações relevantes ao trabalho, tais como uma lista de funcionários atuantes nas áreas e o nome dos líderes de cada setor. Foi realizado um sorteio e estabelecido um ponto zero. A partir disso, um entrevistado indicou outro, formando uma subdivisão da colônia escolhida. Quando necessário, os coordenadores e os gerentes das áreas foram consultados, tendo em vista os processos de setorização do hospital. Assim, foram respeitadas as decisões sobre o acesso a colaborador de um determinado departamento.

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

Embora o coletivo não corresponda à soma dos particulares, é significativo lembrar que os indivíduos se constroem por meio de suas relações sociais e, nesse sentido, a história oral é sempre social (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

3.3. Instrumentos

Como este trabalho foi propriamente uma história oral temática e se preocupou com o esclarecimento do objetivo deste estudo, foi adotado um roteiro para a pesquisa, tal como proposto no Apêndice I. O roteiro buscou o objeto deste estudo e tentou evidenciar a perspectiva dos entrevistados dentro de sua realidade e contexto. Esta esquematização permitiu a livre arguição de seus entrevistados e também respeitou os assuntos sobre os quais eles gostariam de falar, não seguindo rigorosamente a ordem proposta, sendo possível acrescentar perguntas de acordo com a história de cada participante, pois valorizou-se a subjetividade dos entrevistados. As perguntas abordaram a trajetória profissional, trazendo questionamento sobre diversos atores sociais (instituição hospitalar, sindicato, conselhos regulamentadores da profissão e colegas de trabalho).

Portanto, as entrevistas registraram a memória dos colaboradores, que, segundo Meihy e Ribeiro (2011), é uma seleção dinâmica, variável e subjetiva. Portanto, deve-se considerar a visão de mundo dos colaboradores sobre as relações de poder existentes e, no sentido mais profundo, a cultura desse grupo profissional, pois, como esclarece Geertz (1989), o nosso padrão de símbolos é transmitido historicamente, e um sistema de concepções herdadas são expressas em formas simbólicas por meio da comunicação humana, além de perpetuar e de desenvolver o conhecimento dentro das atividades em relação à vida.

3.4. Procedimentos para coleta de dados

Com respeito à dignidade humana e pela especial proteção devida aos colaboradores das pesquisas científicas, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP-UNITAU), que tem a finalidade maior de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Em relação à autorização da Instituição, este projeto foi submetido a um comitê interno do próprio hospital, que avalia os procedimentos metodológicos e o conteúdo teórico desta

pesquisa. Assim, a instituição concedeu uma autorização temporária. Esses documentos foram anexados a este trabalho.

Foram suprimidos os nomes dos colaboradores nesta pesquisa, ou quaisquer outros nomes mencionados ou referências que possam identificar a própria pessoa ou outras, citadas nas narrativas. Em relação ao local de pesquisa, não foram mencionados dados que por possibilitam sua identificação, tais como número de leitos, entre outros, que possam levar a referência ao local de trabalho dos entrevistados.

Primeiramente, foi apresentado o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (conforme Anexo B) aos indivíduos que aceitarem participar do estudo, sendo-lhes garantido o sigilo de sua identidade bem como assegurada a sua saída do presente estudo, se assim desejarem, a qualquer tempo.

Nessa pesquisa, as entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas, posteriormente, para serem analisadas por meio da triangulação de dados. Todavia, conforme sugere Barbosa (2009), o oralista deve estar atento à performance de seus colaboradores, tais como a observação dos gestos, das expressões faciais, dos sorrisos, das lágrimas e mudanças de entonação. Tudo isso deve fazer parte do estudo para uma melhor compreensão do contexto.

O momento da feitura das entrevistas é o estabelecimento do núcleo documental. A fala livre e responsável durante as entrevistas deve ser respeitada. Isso representa uma forma democrática e uma alternativa para estudar a sociedade com o uso de entrevistas gravadas e transformadas em textos escritos (BARBOSA, 2009).

As informações armazenadas no formato digital serão mantidas sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, quando então serão inutilizadas.

Abaixo, serão descritos com maior detalhamento os procedimentos utilizados na coleta dos dados:

a) Pré-entrevista: momento no qual se apresentou, em linhas gerais, o projeto de pesquisa para os colaboradores e a necessidade de utilização de equipamentos eletrônicos para o registro da entrevista. Foram agendados as datas e os horários, conforme a vontade do participante;

b) Entrevista: trata da entrevista propriamente dita e foi realizada com o consentimento do colaborador. Foi utilizado um roteiro, que norteou os eixos de análise deste estudo. Além disso, foi valorizada a integralidade narrativa dos colaboradores;

c) Transcrição: etapa que compreende a passagem literal da oralidade para a escrita, incluindo as repetições, os vícios de linguagem, as expressões regionais e os marcadores conversacionais que caracterizam a oralidade;

d) Transcrição: etapa de edição da entrevista, que é o trabalho de conferir à entrevista um caráter de texto, de leitura agradável e fluida, inserindo perguntas e respostas em uma narrativa direta e reduzindo o excesso de marcadores conversacionais e possíveis gírias, que podem prejudicar a compreensão e a clareza do texto. Esse processo foi finalizado com um trabalho de tradução criativa, que se preocupa eminentemente com a reconstituição da informação estética do original (entrevista);

e) Conferência: momento em que o pesquisador apresentou o texto editado ao colaborador, a fim de obter a autorização oficial para seu uso. Nessa etapa, o colaborador teve total liberdade de sugerir inclusões, exclusões e/ou modificações na entrevista, pois, a partir dela, se chega à versão final do texto.

Após essa última fase de construção do *corpus* documental, foi estabelecida uma nova etapa mais analítica, que consistiu de reflexões teóricas sobre o material construído e de possível diálogo com outras fontes.

Em vista do processo estabelecido, todas as entrevistas foram transformadas do código oral para o escrito e, nessa transposição, importa mais manter-se fiel ao sentido do que foi dito, à mensagem que se quis comunicar, do que à literalidade, ou seja, do que manter palavra por palavra exatamente como foram pronunciadas.

Aos participantes foi solicitada a autorização para gravação, sendo realizado contato prévio por telefone para explicar sobre o tema e agendou-se um encontro com o colaborador. A todos os entrevistados foram apresentados o projeto e a natureza da participação. Esta pesquisadora criou um clima de solidariedade profissional, assim como uma distância epistemológica, a fim de estabelecer um diálogo aberto com respeito a todos, ligados diretamente ou indiretamente ao projeto durante as entrevistas.

As entrevistas foram transcritas e encontram-se no corpo deste trabalho. Conforme Meihy (2005, p. 181), “[...] a transcrição destina-se a mudança do estágio de gravação oral para o código escrito”. Foi realizada também a conferência do texto pelo colaborador.

3.5. Procedimentos para análise de dados

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

De maneira geral, é preciso, em um primeiro momento, organizar os dados, transcrevendo as informações coletadas, e, a partir de uma pré-análise, categorizar as informações levantadas. Já em um segundo momento, é necessário efetuar uma análise contextualizada, alicerçada em um diálogo com os autores que estudam a temática, e, posteriormente, em um contexto mais amplo, efetuar uma análise de conjectura, que trata de minimizar o distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática (MARCONDES; BRISOLA, 2014).

Não obstante, existe muitas vantagens ao se utilizar da análise por triangulação de métodos em uma pesquisa que adota a metodologia da história oral. Afinal, para a análise qualitativa das narrativas orais, deve existir uma triangulação, que consiste em meios estratégicos apoiados em métodos científicos, sendo adequados a uma determinada realidade e envolve preceitos interdisciplinares (BRISOLA; MARCONDES, 2011).

Nesta pesquisa, foram estabelecidas categorias principais a serem investigadas: valorização do trabalho, autonomia no trabalho, relações interprofissionais de autoridade e cotidiano do trabalho em saúde. Assim, a partir de um um processo interpretativo, os documentos transcritos foram lidos à exaustão, procurando contextualizar e entender criticamente a realidade apresentada, efetuando uma triangulação com autores, conjectura histórico-política e cultura local.

De certa forma, as opiniões e as representações sobre a realidade ou assunto têm limites, pois nada existe nas mentes individuais que, em alguma medida, não seja resultado de um ideário coletivo. Nesse sentido, as narrativas orais, as ações e as inter-relações denotam características comuns de determinados grupos ou conjuntura social (BRISOLA; MARCONDES, 2011).

Nas análises, foram consideradas as anotações do caderno de campo, além de outros aspectos, como entonação da voz, silêncios, ênfase em palavras ou expressões. Durante o processo de transcrição, uma pré-análise foi realizada, por meio de anotações em rodapé sobre as expressões ou termos utilizados pelos narradores.

Enfim, os resultados foram descritos nos capítulos posteriores e trazem trechos das narrativas dos colaboradores para exemplificar e ressaltar aqueles que contribuíram com este estudo. Alíás, o benefício dentro do aspecto qualitativo está na diferenciação e na subjetividade, portanto as narrativas dos colaboradores devem ser o foco e devem ser consideradas um nobre material de estudo (BRISOLA; MARCONDES, 2011).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção pretende responder aos objetivos deste estudo e, para isso, utilizou-se do método de triangulação para análise das narrativas construídas em parceria com os colaboradores da pesquisa. Foram utilizados autores para discutir as histórias e as perspectivas dos profissionais estudados. Ademais, para compor a discussão, foram trazidos autores diversos, como antropólogos, filósofos, entre outros. Afinal, propor um diálogo por meio de diversas áreas é parte das questões que se colocam para a produção de um conhecimento interdisciplinar. Portanto, este trabalho não pretende sobrepôr uma teoria à outra, mas se apropriar de conceitos e propor um diálogo entre autores que apresentam, por meio da leitura realizada, pontos de intersecção, mesmo em épocas diferentes.

Assim, no item, 4.1, apresentamos os narradores desta pesquisa e correlacionamos suas identidades profissionais com a literatura pesquisada. Subsequentemente, em 4.2, há uma preocupação sobre as relações de poder entre o pesquisador e o pesquisado no âmbito da coleta de dados em HO. Tal abordagem se faz necessária para a ampliação do conhecimento sobre o sujeito em pesquisas qualitativas e refletir sobre a intervenção do pesquisador sobre seu objeto de análise. Portanto, o objetivo, neste ponto, é discutir quais as influências e também quais as relações de poder ocultas, que interferem, ajudando ou não, no processo de trabalho. Afinal, entende-se que é necessário admitir “a importância de uma autoria que admita negociações e que nos momentos de encontro, em especial o da entrevista, o pesquisador aja como mediador, sem perder a noção da necessidade de sua condução, mas, por outro lado, sem torná-la uma imposição” (RIBEIRO, 2007, p. 37).

Nesse ponto, as narrativas que resultam das entrevistas são o resultado de um diálogo em que o que foi “registrado é algo entre a história que o entrevistador quer construir e a história que o entrevistado quer contar. O que se tem acesso é uma seleção que de certa forma é uma auto-análise, resultante de um campo de tensão” (RIBEIRO, 2007, p. 38) gerado pela situação de entrevista.

Cabe ressaltar ainda que a “narrativa resultante desse processo importa não por ser mais completa ou mais fiel, mas, sim, por incorporar a ideia de parcialidade, não apenas a do entrevistado, mas também a do entrevistador” (RIBEIRO, 2007, p. 41) e evidenciar as relações de influências mútuas que se dão entre os sujeitos envolvidos.

Com esse olhar, ficou claro que há muitos fatores que influenciam nas relações de poder entre o entrevistador e o entrevistado, tais como a profissão, a hierarquia e o tempo de trabalho.

Em muitos casos, esta pesquisadora teve de modular o seu comportamento para conseguir a colaboração do narrador. Ademais, as negativas de caráter ambíguo demonstram as relações pessoais na modernidade e remetem às questões culturais brasileiras do homem cordial.

Já no item 4.3, a análise tenta compreender qual o vínculo de valorização e o *status* profissional. Em outras palavras, existe um componente histórico-social que pode explicar a valorização profissional dentro das instituições? Em que medida o meio externo às instituições colabora e reafirma o prestígio e o lugar de fala de cada narrador? Nota-se que cada narrado tem um histórico pessoal que remete ao seu próprio senso de prestígio. Há vestígios de que a origem social, a raça e o sexo induzem percepções variadas sobre o *status* profissional. Ademais, a remuneração e a liberdade são importantes para formar um sentimento positivo de valorização. Já as questões organizacionais evidenciam que os investimentos são direcionados aos profissionais que aumentam o resultado assistencial de acordo com as metas de atendimento firmadas pelo estabelecimento hospitalar.

No tópico 4.4, há uma discussão sobre o sentido de autonomia para os narradores da pesquisa. Faz-se um esforço para compreender qual a percepção destes colaboradores, afinal a liberdade profissional é possível? O que se percebe, no entanto, que a palavra autonomia podia ser entendida sob diferentes contextos e que, muitas vezes, estes soavam contraditórios. Para eles, o sentido expressava-se na forma de valorização e/ou *status* profissional, todavia citavam um sistema de regras sociais que era determinante na concessão dessa “autonomia”. Não obstante, no item 4.5, aborda-se a ilusão da liberdade profissional e as diferentes relações de poder interprofissional. Nota-se que essas relações são naturalizadas no cotidiano sob diferentes formas e discursos ideológicos, o que remete não somente à obediência das regras institucionais, mas a submissão é naturalizada “devido a uma inferioridade”, justificada pelo menor conhecimento, pelo menor tempo de estudo e pela menor capacidade para o trabalho. Assim, as desigualdades de oportunidades são mascaradas e pouco refletidas. Chauí (2010) explica que a sociedade brasileira adota uma “cultura senhorial”, que reforça uma relação de mando-obediência. Todavia, os entrevistados, durante o processo de construção de suas narrativas, conseguiram perceber as injustiças e as assimetrias de poder, demonstrando que a HO pode contribuir para uma modificação do pesquisador e do pesquisado. Há uma transformação de ambos durante o decorrer do estudo. Para esta pesquisadora, foi possível entender como se dão os processos de desprofissionalização e também como a cultura do capitalismo estimula a competição interprofissional. Assim, num aspecto autocrítico, foi possível diminuir as tensões e impasses dentro do próprio cotidiano de trabalho.

E, por fim, no item 4.6, tenta-se evidenciar quais são os poderes estabelecidos nas relações entre os colaboradores da pesquisa. De maneira geral, há uma correlação entre instituição, saber científico e origem social, que moldam o comportamento dos narradores, assim como seu processo de identificação e sua posição hierárquica.

4.1 Identidades profissionais em construção

Esta subseção tem como objetivo apresentar os narradores, que são figuras centrais para esta pesquisa, pois trouxeram suas memórias e reflexões sobre o trabalho em saúde. Os colaboradores são nomeados segundo sua profissão, já que, embora questionados, não escolheram um pseudônimo, exceto o administrador que preferiu ser chamado por “Gestor”. Todos puderam falar livremente e foram seguidos todos os procedimentos estabelecidos pela Instituição. Respeitou-se a negativa do setor de nutrição, sendo ao todo, neste estudo, 07 (sete) participantes descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Descrição dos participantes da pesquisa

n	Participantes	Sexo	Formação	Tipo de Contrato de Trabalho
1	Enfermeiro	Masculino	Graduação	Formal
2	Farmacêutica	Feminino	Graduação	Formal
3	Fisioterapeuta	Feminino	Graduação/ Pós-Graduação	Autônomo/Cooperativa de Trabalho
4	Fonoaudióloga	Feminino	Graduação/ Pós-Graduação	Autônomo/Prestador
5	Gestor (Administrador Hospitalar)	Masculino	Graduação/ Pós-Graduação	Formal
6	Médico	Masculino	Graduação/ Residência/ Pós-Graduação	Autônomo/Prestador
7	Psicólogo	Masculino	Graduação/ Pós-Graduação	Formal

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2019.

Após escuta aprofundada dos relatos, percebe-se que, em conformidade com a revisão de literatura, a profissionalização de cada categoria ocorreu de forma diferente, pois as experiências são individuais e influenciam no processo de socialização. Para o historiador britânico Thompson (1981), a experiência se institui como uma categoria, pois homens e mulheres não são seres desprovidos de materialidade social, contudo são pessoas concretas, situadas em condições sociais específicas, nas quais as experiências originadas das relações durante o percurso de suas vidas permitem uma autoconsciência e formações sociais particulares. É preponderante entender que existe um “ser social” que dialoga com a “consciência social”, permitindo uma relação constante entre a matéria e o pensamento. Por isso é que existe a multiplicidade, afinal uma pessoa pode estar submetida a realidades e a problemáticas diferentes ao longo de sua formação profissional.

Então, não há como estabelecer um determinismo ou tendências simples, pois os atores sociais experimentam diferentes relações produtivas dentro de uma cultura estabelecida. Para o autor, não necessariamente existe uma liberdade do agente, mas um processo de identificação em construção, que se torna diferenciado, à medida que os indivíduos experimentam as normas, as obrigações familiares, os valores, entre outras questões sociais a que estão submetidos (THOMPSON, 1981).

Nesse sentido, os atores da socialização profissional podem variar segundo a instituição, país e regimes políticos adotados (DUBAR, 2012). No caso do Brasil, em que existe uma elevada desigualdade social e um estímulo ideológico para que “a tradição, a família e a propriedade” sejam defendidos a “ferro e fogo” (CHAUI, 2010), a competição, o individualismo e o mérito produzem experiências de profissionalização particulares ao país. Observe que o Enfermeiro relata sobre a fragmentação e disputas internas entre o próprio grupo profissional.

Por outro lado, a Fisioterapeuta e a Fonoaudióloga relataram como vivenciaram o processo de profissionalização recente e a luta constante pelo reconhecimento social. Suas narrativas demonstram a experiência com o processo de flexibilização e de precarização do trabalho. A profissão de administrador hospitalar, mesmo sendo uma figura presente em um hospital oitocentista, não conquistou a regulamentação através de legislação específica e formação de conselhos de classe. No Brasil, esta categoria está em fase de reconhecimento e apresenta sua origem vinculada aos eclesiásticos. O Gestor demonstra forte senso de obediência, seguindo os procedimentos burocráticos nos quais está inserido.

No que diz respeito à identidade profissional, as narrativas demonstram um descentramento, mas o que chama a atenção é que as falas, normalmente, são práticas e racionais, corroborando os estudos identitários apresentados. Outro ponto: as profissões que tiveram sua origem no sistema hospitalar (médico e enfermagem) são mais citadas por outros atores da equipe multiprofissional.

A profissional Farmacêutica demonstrou maior conflito identitário na atuação no âmbito hospitalar, em concordância com Silva *et al.* (2018), que afirma que o farmacêutico brasileiro enfrenta dificuldades na integração com a equipe de trabalho. Já o Psicólogo detinha um entendimento sobre seu local de fala no espaço institucional e, sendo um profissional habituado à palavra, destacou-se por uma narrativa cronológica e com maiores questionamentos sobre a própria subjetividade. Contudo, suas percepções vêm de encontro com Davi *et al.* (2016), pois,

muitas vezes, os conhecimentos e as técnicas aprendidas não são suficientes para dar respostas a problemáticas advindas do cotidiano.

Precisamos ter uma própria noção da gente. Precisamos entender nosso trabalho, certo? Não é só produzir, é conseguir repensar o caso. É fazer reuniões e mostrar a importância de projetos de humanização, de projetos educativos, de projetos de pesquisa (PSICÓLOGO, 2019).

E, por fim, o Médico descreve como o processo de especialização é importante na construção de sua identidade e de sua autoridade profissional. Aliás, como propõe Giddens (2002), a especialização é essencial para a manutenção e a formação dos sistemas abstratos modernos e pode promover vantagens simbólicas que garantem uma posição de supremacia.

4.2 Interfaces das relações de poder entre colaborador e pesquisador

Durante os procedimentos de coletas de dados, foi possível notar como as relações de poder também interferem na execução dos procedimentos de pesquisa. Além disso, podem permitir ou não o acesso aos narradores. Visto isto, é importante descrever e refletir sobre os procedimentos e suas influências no resultado desta pesquisa.

Dentro da perspectiva metodológica da HO, o contato humano estabelecido entre pesquisador e seu objeto de pesquisa é diferenciado, não sendo frio e unidirecional. Afinal, a história oral depende da relação humana, fazendo com que a entrevista seja cerimonial, um evento social e que vai muito além de uma “conversa normal”. O registro de uma boa entrevista depende de fatores como postura, entonação da voz e tratamento verbal. Existe aqui um protagonismo do narrador, que é o centro da pesquisa. Assim, o sujeito é dono de sua história, estabelecendo naquele instante posições diferentes num processo de colaboração. O interlocutor é muito mais que um transmissor de informações, existe aqui um processo ativo e subjetivo. (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Dessa forma, há uma interação entre o pesquisador e o pesquisado, e tais questões devem ser analisadas. Conforme o processo metodológico proposto inicialmente para o estabelecimento da rede de colaboradores, foi perguntado ao administrador quem gostaria de indicar para participar do estudo. Sua resposta foi:

Se eu fosse você chamaria aquela pessoa que não compartilha das mesmas opiniões, pois somente ela trará questões diferentes e pode contribuir para ampliar sua própria visão de mundo (GESTOR, 2019).

De fato, a escolha dos participantes é um desafio, por isso a indicação e as impressões durante o processo de escolha devem ser anotadas, pois seu conteúdo pode elucidar o

comportamento do colaborador e pode auxiliar no planejamento e na execução da entrevista. De fato, há casos em que, durante as entrevistas, podem existir posições distintas entre pesquisador e entrevistado, mas isso não significa que não possa haver comunicação entre as partes. Deve-se, portanto, ter um entendimento ampliado dos processos e das interações sociais, em que o entrevistado não deve ser visto apenas como “objeto” (MEIHY; RIBEIRO, 2011). Afinal, este “objeto” é parte central do projeto, e sem sua colaboração voluntária não há pesquisa.

Geertz (2008), em seu livro **A interpretação das culturas**, conta sua experiência nas aldeias balinesas e sua dificuldade em estabelecer interações com os aldeões. O pesquisador era percebido como um “ente” desencarnado, portanto era um estranho vagando sem conseguir, de fato, estar próximo de seu “objeto” principal de pesquisa. O antropólogo letrado não era considerado uma pessoa real dentro daquele contexto, não exercia sua influência e era visto com extrema desconfiança.

Para algumas sociedades, o conhecimento é visto como um sinônimo de *status* e poder social. Todavia, as relações que podem existir entre poder e saber irão depender da instituição de uma política do saber e, quando se quer descrevê-las, devem remeter àquelas formas de dominação a que se referem noções como campo, posição, região e território. Assim, o indivíduo, com suas características e com sua identidade, é formado a partir de uma relação de poder. Advindo de um embate de corpos, de multiplicidades, de desejos e de forças, não podendo ser excluída a própria identidade regional (FOUCAULT, 2018).

Percebe-se que, para obter a relação que tanto almejava, o pesquisador renomado teve de sair de seu papel de professor e de estrangeiro. Em seu relato, isto aconteceu enquanto assistia a uma briga de galos organizada pela aldeia para arrecadar dinheiro para uma nova escola na comunidade balinesa. De maneira geral, uma briga de galo é vista como algo primitivo, sendo ilegal naquele país, já que contraria a perspectiva de uma nação progressista. Contudo, nas aldeias mais afastadas, essas rinhadas ainda são organizadas e, durante uma abordagem policial e aos gritos estridentes de “polícia”, o antropólogo e sua esposa correm para fugir da “cadeia” junto com os demais. De repente, os balineses passam a aceitar o professor e a torná-lo real, pois este tornou-se parte do grupo ao agir como qualquer outro da comunidade (GEERTZ, 2008).

[...] eles imitavam, muito satisfeitos, também repetidas vezes, nosso modo desajeitado de correr e o que alegavam ser nossas expressões faciais de pânico. Mas, acima de tudo, todos eles estavam muito satisfeitos e até mesmo surpresos porque nós simplesmente não “apresentamos nossos papéis” (eles sabiam sobre isso também), não afirmando nossa condição de Visitantes

Distintos, e preferimos demonstrar nossa solidariedade para com os que eram agora nossos coaldeões. (Na verdade, o que exibimos foi a nossa covardia, mas parece que também há certa camaradagem nisso) (GEERTZ, 2008, p. 187).

Nesse relato, a influência do Estado não é vista como legítima pela aldeia, já que contraria a própria identidade regional. O saber acadêmico tão pouco é valorizado e não existia colaboração com os “Visitantes Distintos”. Em outras palavras, uma pesquisa é um jogo de relações que permeiam as autorizações formais, começando pela instituição acadêmica e, em alguns casos, do local/instituição onde se dará a pesquisa.

Ribeiro (2007) relata que, para ter acesso a seus colaboradores, foi necessário solicitar autorização junto à coordenação do acampamento do Movimento Sem Terra (MST). Pessoas que eram consideradas “de fora”, tais como jornalistas, tinham de ser acompanhadas em suas visitas. Embora tenha conseguido um acesso privilegiado aos integrantes do movimento, havia o entendimento daquela linha que separava o entrevistador e o entrevistado, ou seja, o observador e o observado. Muitas vezes, a falta de proximidade remete à desconfiança e ao desconforto. Ademais, o próprio ato de gravar é um processo longo de negociação, afinal muitos narradores não se sentem à vontade em compartilhar suas lembranças.

Assim, o pesquisador deve ter em mente a sua própria subjetividade quando explicar seu projeto de pesquisa, pois sua postura pode conduzir a reações inesperadas ou desconfortáveis que podem prejudicar a interação pessoal durante o projeto.

As relações pessoais são complexas e permeadas por assimetrias de poder. Vale ressaltar que Sennett (2016) descreve as relações pessoais como um duelo, em que um indivíduo luta para conseguir o reconhecimento do outro. Afinal, precisamos de uma pessoa distinta de nós mesmos, que exiba sinais de apreciação e obediência. Existe uma co-dependência entre o dominador e o dominado. Em outros termos, o senhor depende do escravo para a produção do seu prazer. É nisto que se dá a ironia dessas relações. A liberdade começa quando o escravo toma consciência desse seu poder, não que este o derrube e tome o seu lugar, mas a partir do momento em que o senhor é obrigado a modular seu comportamento.

De maneira análoga, muitas vezes o pesquisador deve modular seu comportamento para conseguir a colaboração do narrador. Atualmente, esta pesquisadora representa uma liderança formal na instituição que foi estabelecida como local para coleta dos dados. Na pré-entrevista, ao explicar que o tema do trabalho dizia respeito às relações de poder entre os integrantes da equipe multidisciplinar, o colaborador imediatamente se tornou distante e desconfiado. Para ele, embora não houvesse a explanação desse pensamento, a pesquisadora representava a face

desse poder na forma de uma posição hierárquica dentro de uma cadeia de comando. Suas primeiras palavras foram em sua defesa:

(...) Eu não tenho muito problema com ninguém aqui. Raras vezes tive problema no hospital. Estou aqui há 15 anos já! Então, vou te falar o que for verdade (ENFERMEIRO, 2019).

Naquele momento, entretanto, o entrevistado tinha maior força que o interlocutor. Afinal, para conseguir um bom resultado para o projeto, foi necessário modificar o comportamento formal anteriormente adotado para que o Enfermeiro pudesse narrar suas memórias. A informalidade e o cuidado com as perguntas foram uma forma de minimizar e conquistar o narrador.

Pensando nisto, a autoridade de uma pessoa depende das circunstâncias de sua vida, não existindo uma forma de converter o poder em simples imagens de forças. A complexidade do poder é menorizada a partir de mentiras sobre o que de fato ele é. Dessa forma, a autoridade não é um estado do ser, mas um acontecimento no tempo (SENNETT, 2016). E este acontecimento, o momento da entrevista em HO, passa a ser um diálogo entre entrevistado e entrevistador dentro de um projeto compartilhado, os papéis se modificam e nem sempre é o historiador quem faz as perguntas.

Existe uma diferença, uma assimetria de poder entre o entrevistador e o entrevistado, afinal o entrevistado tem o poder do controle do saber que buscamos e, normalmente, o historiador pertence a uma classe que tem mais poder do que a classe da maioria das pessoas que são entrevistadas (PORTELLI, 2010).

Talvez o reconhecimento dessa assimetria ou até mesmo a diferença de classes sirva para minimizar o conflito durante a entrevista, especialmente quando o tema for delicado ou de difícil abordagem. Há uma anotação no caderno de campo que pode exemplificar essa situação, pois, ao informar o tema da pesquisa ao Psicólogo, sua expressão facial demonstrou certo desconforto:

[...] Primeiro contato realizado por telefone. Percebi que sua rotina de trabalho é bastante intensa [...] O colaborador preferiu conversar em sua sala que fica no prédio externo e depois do expediente. Por não conhecer o entrevistado, tentei ser menos formal. Expliquei um pouco sobre a minha trajetória e função que exercia na instituição. Isto facilitou o início da conversa, pois aparentemente ele sabia que exercia um cargo de liderança. Tomamos um copo de água e ele relatou que foi contratado a pouco tempo. Retomei a explicação sobre o tema e para evitar uma atitude apreensiva, disse de maneira tranquila: “sei que parece estranho falar de poder sendo uma coordenadora”; e ele retrucou rindo: “parece uma pegadinha...”. Em

*seguida, ficou mais aberto e receptivo, disse que valoriza a pesquisa e gostaria de atuar na área acadêmica.*⁷

Reconhecer a desigualdade pode facilitar o diálogo. Afinal, na situação de entrevista, a própria desigualdade é um argumento que está implícito, muitas vezes não dito, que demonstra posições de poder assimétricas relacionadas à classe, ao gênero, à educação. Na pesquisa, existe a intenção de se comunicarem como iguais, mas ambos sabem que não o são (PORTELLI, 2010). Como exemplificado no caderno de campo, a brincadeira “parece uma pegadinha”, ameniza a situação constrangedora das diferenças de poder dentro da cadeia de comando da própria Instituição. O narrador se assume em uma postura que entende o seu papel dentro da empresa, contudo tenta entender a verdadeira intenção do pesquisador, que demonstrou reconhecer a diferença. Isso proporcionou um clima mais amigável e franco, pois, normalmente, há uma rejeição quando há diferenças de poder.

Isso foi discutido por Sennett (2016). Segundo o autor, os modos de controles exercidos pelas autoridades são velados e protegidos dentro das ideologias burocráticas. As pessoas se habituaram a obedecer. Em outras palavras, este hábito é conhecido como disciplina. Afinal, a burocracia absorveu a autoridade pessoal. Existe um medo intrínseco e uma rejeição ao poder, até mesmo o reconhecimento da existência desta relação. A cadeia de comando como arquitetura do poder tem tido uma relação incerta com o mercado. A ciência administrativa racionaliza as cadeias de comando, recorrendo a imagens do saber especializado, mas nenhuma pessoa em particular é responsável por elas. São ordens de origem invisível e se aplicam à organização como um todo. Esse universalismo impede o questionamento e a interferência, eliminando o conflito. Dessa forma, a linguagem do poder burocrático é frequentemente formulada na voz passiva, de modo que toda a responsabilidade fica velada. Nada pode ser atribuído a uma pessoa específica. A voz ativa é muito mais difícil (SENNETT, 2016).

Observe-se que o ato de negar ou recusar é velado, inclusive por pessoas não ligadas à cadeia de comando. Refletindo sobre a postura do narrador, quando este é convidado a participar do estudo, normalmente, ele não se nega diretamente. Percebe-se que, ao sortear aleatoriamente um profissional para o estudo, a resposta veio da seguinte forma: “Adoraria, mas a questão aqui é o tempo. Infelizmente, estou cheia de atividades nesta semana. Quem sabe na próxima”. Este poder de negativa é muito mais difícil de contrapor com argumentos de convencimento, afinal não fica explícito que foi o tema da entrevista que desagradou.

Contudo, a linguagem corporal, no decorrer desse processo de seleção, pode ajudar a compreender o que a língua falada não diz. Ao encontrar novamente um possível colaborador

⁷ Caderno de campo do pesquisador, entrevista realizada com o Psicólogo em 25 de janeiro de 2019.

“sem tempo”, ele, desconcertado, fala que precisamos “marcar nosso encontro”, contudo, ao relatar que outra pessoa aceitou este convite, o suspiro demonstrou o desejo real de não participar.

Por outro lado, o porquê dessa negativa pode abrir muitos questionamentos: existe de fato uma liberdade na escolha entre participar ou não da pesquisa? Existe medo da punição oriunda da fala reproduzida e da possibilidade mínima de identificação?

Noam Chomsky trabalha com a noção de liberdade e de criatividade. Afinal, para o linguista e filósofo, existe a possibilidade de criação livre dentro de um sistema de regras. Portanto, o conhecimento é possível, pois na natureza humana existe uma necessidade de trabalho criativo e livre, sem efeito arbitrário de instituições coercitivas. Para ele, é possível uma sociedade democrática e justa (CHOMSKY; FOUCAUT, 2017).

Nessa perspectiva, o colaborador tem a liberdade de escolha, embora esteja submetido a um sistema social de regras. Em contrapartida, Foucault diz que o sistema de poder define as formas das permissões e das proibições de nossa conduta. A democracia não pode existir em um sistema de hierarquias. Muitas das relações de poder que controlam o corpo social são ocultas, isto é, há um certo número de instituições específicas que não estão diretamente ligadas ao aparelho do Estado, todavia são feitas para elaborar e para transmitir um certo número de decisões e para punir aqueles que não obedecem. Isto é, a família, a universidade e todos os sistemas que difundem o conhecimento são feitos para manter determinada classe social no poder e para excluir os instrumentos de poder de outra classe social. Assim, é fundamental uma visão crítica sobre as instituições que dizem ser neutras e independentes. É preciso, no entanto, revelar o local da ação, os espaços e as formas como essa dominação é exercida (CHOMSKY; FOUCAUT, 2017).

Há muito o que se analisar em uma negativa, pois o calar pode dizer muito sobre um sistema opressivo. Observe-se que, durante o percurso desta pesquisa, entrei em contato com um profissional de saúde por telefone para convidá-lo a participar do projeto. Este solicitou que o pedido fosse formalizado por e-mail, contemplando o tema da pesquisa e o tempo estimado. Em seguida, seu supervisor entrou em contato para dizer que a pesquisa não poderia ser realizada devido ao comprometimento do tempo produtivo do funcionário.

Há, nesse processo, a identificação da cadeia de comando, assim como o fluxo para a tomada de decisões. O pedido formal, a análise pelo supervisor do departamento e a reposta. Há um sistema de submissão no qual o profissional está inserido. Assim, pode-se questionar que a liberdade de participação da pesquisa é parcial dentro de um sistema de regras de uma

instituição, pois um convidado pode aceitar ou recusar baseado em critérios específicos, tais como medo de exposição ou medo de punição, vergonha, insegurança pessoal, questões de natureza culturais ou psicológicas (introversão/extroversão), ou, até mesmo, uma opressão política ou institucional.

Vale ressaltar que, dentro das instituições, o supervisor segue um conjunto de regras da administração científica com o intuito de criar uma imagem que não se baseia em ameaçar o empregado diretamente, mas cria uma política impessoal, em que mais se influencia do que se dá ordens diretas. Em outras palavras, não há mais gritos violentos, há uma racionalidade do supervisor, que gera uma nova ideologia do trabalho e é capaz de instituir a disciplina. Dessa forma:

É comum pensarmos nos bons administradores como homens de decisão; o administrador realmente eficaz, ao contrário, protege seus flancos. Há muitas maneiras polidas de dizer isso: ele mantém em aberto suas linhas de influência, é flexível, ou, na expressão incisiva de Argyris, consegue mudar de posição com um mínimo de ambiguidade e insegurança pessoal. (SENNETT, 2016, p. 158).

No caso da recusa citada, o líder não atribui a negativa ao tema da entrevista e nem deixa clara sua autoridade sob o profissional em questão, porém alega de forma bastante racional que a negativa se relaciona à disponibilidade e ao comprometimento dos indicadores de produção. O empregado disciplinado segue suas ordens.

A disciplina é uma técnica de gestão dos homens e de controle de suas multiplicidades. A ideia é utilizar o indivíduo ao máximo e majorar a produção de seu trabalho ou atividade. As pessoas passaram a ser observadas, incluídos nessa observação seus gestos e ações. É uma vigilância perpétua e constante, que classifica, julga e mede os próprios sujeitos, afinal é muito mais rentável vigiar do que punir. De fato, não somente as intuições, mas em todas as esferas sociais, existe um controle sobre o comportamento dos indivíduos, que aceitam um conjunto de regras e normas delimitadas pelo corpo social. A vergonha é um mecanismo eficaz para minimizar os comportamentos desviantes, pois padronizamos nossas ações de acordo com o que se aprende como certo ou errado (FOUCAULT, 2018).

É interessante destacar que, em HO, as experiências individuais permitem a visualização das regras e das normas coletivas em situações subjetivas e singulares (CASSAB; RUSCHEINSKY, 2004). Mesmo na abordagem inicial, já é possível verificar as normas coletivas estabelecidas na rede escolhida.

Portanto, os historiadores enfatizam a importância de identificar as relações sociais que influenciam as formas de discurso, ou seja, os mecanismos econômicos e políticos que

permeiam a realidade daqueles que falam (CASSAB; RUSCHEINSKY, 2004). Em última análise, os que não falam podem expressar justamente as relações de poder ocultas na sociedade e perpetuação do silêncio de classes menos favorecidas ou hierarquicamente submissas.

Não obstante, acredita-se que, em HO, indivíduos pertencentes a segmentos sociais geralmente excluídos da história oficial têm a centralidade ao narrar uma história e podem garantir o direito de serem ouvidos. Entretanto, durante a coleta de dados orais, não se busca a uniformidade absoluta e a padronização dos relatos. Os conteúdos são variados e obtidos do encontro de seres conscientes da objetividade do encontro e também de sua subjetividade (CASSAB; RUSCHEINSKY, 2004).

Na prática, isso pode ser traduzido, pois fiz um planejamento e um escopo para a pré-entrevista do profissional médico, considerando possíveis abordagens, porém fiquei surpresa quando o colaborador marcou prontamente um horário para conversarmos. Quando cheguei em seu consultório, ele conduziu sua pequena entrevista e não houve espaço para o planejamento inicial. A questão central interrogada pelo médico foi a motivação da pesquisadora para a escolha do tema. Respondi sinceramente, narrando minha própria experiência e, após uma breve análise sobre o fato relatado, ele aceitou conceder a entrevista gravada.

Assim, a própria dinâmica da entrevista permite que ambos os sujeitos se investiguem mutuamente, aproximem-se e exponham suas visões de mundo, em uma dialética em que estão presentes as categorias poder, igualdade e diversidade. Há o resultado da escuta atenta e da reflexão sobre as informações e isso contribui para novos questionamentos (CASSAB; RUSCHEINSKY, 2004)

Em resumo, ao analisar o comportamento dos colaboradores durante a execução da entrevista, ficou claro que aqueles que se sentiam mais à vontade com o gravador eram de posições sociais mais privilegiadas. Não houve diferenças significativas relacionadas a gênero, todavia foi evidenciado que o tempo de trabalho na Instituição permitiu um diálogo mais espontâneo.

Por outro lado, cabe, finalmente, refletir que nem todos os colaboradores querem ou podem participar da pesquisa, ora por preconceito, ora por disponibilidade, ou, ainda, por medo da exposição. Pode-se dizer que se criou um mito sobre a “colaboração”, já que muitas vezes a metodologia procura compreender as minorias esquecidas pelo Estado e pela história oficial – e como pontua Joutard (2000) – um dos maiores desafios da História Oral é se ater à inspiração original de ouvir a voz dos excluídos e dos esquecidos, descrevendo as situações de abandono e desigualdade. Contudo, será que a classe média e trabalhadora não teria muito a dizer?

Weber (1996), em seu artigo intitulado “Relatos de quem colhe relatos: pesquisas em História Oral e Ciências Sociais”, trouxe uma reflexão sobre as barreiras existentes entre o oralista e o narrador, tendo em vista que, em áreas em que antagonismos de classe ou que são submetidos à repressão política, tais empecilhos são evidentes.

A autora enfatiza que os depoimentos sobre o trabalho de campo podem ajudar outros pesquisadores sobre a experiência que transmite e reforça – que “não há muito mais espaço para ingenuidades nem deslumbramentos; as descrições das pesquisas de campo devem então orientar o leitor quanto aos procedimentos escolhidos para enfrentar problemas que se sabia que iriam aparecer (WEBER, 1996, p. 81). Assim, o oralista não deve se iludir, mas, pelo contrário, deve procurar entender os silêncios e propor alternativas para conseguir realizar seu trabalho.

4.3 Valorização profissional: sentimentos e conflitos

A palavra valor tem sua origem etimológica no latim e, primordialmente, significa a bravura e o caráter do homem, portanto é comum a extensão desse significado àquilo que dá a algo um caráter positivo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008). Assim, valorização é uma ação que atribui importância a uma coisa ou a uma pessoa no sentido positivo.

O trabalho pode ser fonte de valorização humana no aspecto individual e no coletivo. Além disso, pelo trabalho é que a maioria das pessoas terá acesso aos padrões de consumo e aos estilos de vida. Isso certamente influencia o comportamento do indivíduo e da coletividade. Já o salário é um fator importante no processo de socialização (ALVES, 2011). Infelizmente, o sentido do trabalho para o ser humano pode assumir uma conotação negativa, especialmente quando realizado em condições sub-humanas.

No cotidiano, o labor se refere a um esforço rotineiro, repetitivo, incômodo e sem liberdade, ou seja, gera dor, sofrimento e aflição. Essa atividade está ligada à sobrevivência da espécie e, não necessariamente, ao desenvolvimento do caráter humano. Entretanto, muitos autores falam que o trabalho é distinto de labor, pois sua ação não decorre apenas da necessidade e da utilidade, mas tem a função de preservar corpos políticos, criando condições para a formação de uma memória, em outras palavras, a própria história (GOULART; SAMPAIO, 2013).

Assim, os sentimentos relacionados à atividade de trabalho ajudam a construir o caráter humano e sua própria identidade. Nesse sentido, Sennett (2009), por meio de uma análise de

narrativas pessoais, consegue refletir como o sentido do trabalho ajuda a construir a identidade. Contudo, também questiona como o capitalismo flexível impacta na vida atual, já que o descartável, o volúvel, o curto prazo e o individualismo influenciam os valores éticos atuais.

Muitas narrativas sobre o trabalho podem trazer sentimentos contraditórios, positivos e negativos, sendo a valorização um sentimento que estará relacionado à memória individual, que busca, ao longo de uma trajetória, uma motivação positiva e uma relacionada à satisfação pessoal. Assim, esse sentimento de valorização pode estar relacionado a uma ação de um ator social em específico, tal como um agradecimento pelo trabalho realizado, seja pelo empregador ou pelo cliente, ou, ainda, questões relacionadas a prestígio social e a *status*. Observe-se a fala da Fonoaudióloga e a expectativa do agradecimento do paciente pelo trabalho prestado:

Em relação ao reconhecimento, por incrível que pareça, as famílias no consultório valorizam menos do que dentro do hospital. Isso é sério! Desde que me formei, estou no consultório, ou seja, há vinte anos. Já no Hospital, estou a cerca de nove anos. As pessoas no consultório não têm um mínimo de respeito. Lá eles faltam, não marcam e não desmarcam. Chegam atrasados. Quando os pacientes têm alta, muitos não dão um obrigado. Não dizem: valeu por ajudar meu filho, ou obrigado por me ajudar! Abandonam o tratamento sem dar uma justificativa. Apenas abandonam! (FONOAUDIÓLOGA, 2019, grifos nossos).

O trabalho dá sentido à vida profissional – dimensão significativa da vida pessoal. Isso porque, quando feito com comprometimento, promove um sentimento de realização e senso de utilidade e, quando realizado em prol da saúde, remete a um altruísmo e a uma nobreza das ações. Tais questões foram pontuadas nas narrativas, pois esse ato de cuidar, embora capitalizado, supera em si a mera remuneração, mas é uma busca de retidão de caráter e honradez. A satisfação e a valorização estão no resultado de bem-estar. Ainda como proposto por Goulart e Sampaio (2013), o trabalho pode ser visto como uma categoria eterna e insuperável e de autoconstrução humana, não sendo apenas uma questão de mera subsistência. O homem é modificado quando produz e modifica o meio em que está.

Na narrativa da Fisioterapeuta, a satisfação pelo trabalho está na recuperação do doente e a valorização está no reconhecimento da luta e da própria utilidade do trabalho, característico da socialização profissional na área da saúde.

Ficamos satisfeitos quando vemos um paciente voltar bem para casa e sem nenhum dispositivo. Há aqueles pacientes que perdemos, aqueles que nós achamos que vamos conseguir, mas não. Apesar disso, é muito gratificante. Especialmente, quando o paciente volta e fala para você: Nossa! Eu fiquei aqui olhando você me chamando para fazer uma máscara. Você brigou por mim! E hoje estou aqui (FISIOTERAPEUTA, 2019, grifos nossos).

Veja que a formação profissional é muito mais do que a simples acumulação de conhecimento em determinada área. Trata-se de uma incorporação de uma definição de si e, acima de tudo, de um compartilhamento de uma cultura do trabalho profissional, que é organizado em torno de atos específicos, codificados e controlados pelos colegas. A socialização profissional é um processo de construção que inclui as relações com os outros e consigo, além das situações e dos percursos da atuação no próprio trabalho (DUBAR, 2012).

Trata-se, então, de um processo de identificação ao longo de uma trajetória. Ao fazer a análise da narrativa do Gestor (2019), foi notada a ausência da fala sobre sua profissionalização como administrador hospitalar. Inicialmente, tal questão foi tratada como um mero esquecimento, contudo, no processo de conferência de sua narrativa, o colaborador foi questionado sobre a possibilidade de incluir sua formação como administrador. Entretanto, segundo ele, não foi um esquecimento, pois não se sentia um verdadeiro administrador, mesmo após a pós-graduação em Administração Hospitalar e posteriormente em Executivo em Saúde. Para ele, sua relevância profissional estava ligada apenas ao cargo que exercia atualmente e reafirmou suas palavras durante a narrativa gravada, de que o reconhecimento da sua identidade como administrador estava condicionada a sua atividade atual, ou seja, a valorização não era da profissão em si, mas de uma posição hierárquica ocupada.

*Há aqueles que te bajulam e te tratam diferente devido a sua posição dentro da empresa. **Fica nítido que esse tipo de tratamento especial está direcionado à função que ocupa naquele momento.** Voltando um pouquinho na questão da vestimenta, muitas vezes uma pessoa que passa e faz todo o caso de te dar atenção e de te cumprimentar, em um determinado momento quando não está trabalhando e está com sua “roupa normal”⁸, esta mesma pessoa não fala com você. Ela nem vê que era você. **Então, você percebe como seria o tratamento para a “pessoa” de fato e não para o cargo.** É por isso que, de certa forma, há uma valorização desse administrador frente às demais profissões. Contudo, irá depender exclusivamente do seu cargo e de uma posição diferenciada. Então, não é necessariamente a profissão, mas, sim, a posição que se ocupa dentro de uma cadeia de comando. Se eu fosse somente um administrador, acredito que teria um peso diferente. A valorização aumenta proporcionalmente o status do cargo que se ocupa (GESTOR, 2019, grifos nossos).*

Observe-se que se descreve que um plutocrata pode perder toda a sua riqueza nas bolsas de valores e ficará sujeito ao desdém de pessoas que lhe haviam demonstrado deferência no dia anterior. Em contrapartida, um médico e/ou burocrata qualificado conquistaram a sua própria natureza, ou seja, conseguiram a posse de qualificações e a valorização pela habilidade técnica.

⁸ O narrador se refere a roupas informais, casuais ou esportivas. No dia a dia de trabalho, ele se veste com roupa social, geralmente camisa e gravata.

A perícia técnica e a inovação se tornaram formas modernas de capital. As burocracias desenvolveram uma imagem para descrever as qualidades de um administrador, sendo que este deve ocupar posições de liderança e ter um conjunto de atitudes que o mantenham em posição de influenciar mais do que reagir (SENNETT, 2016).

Não diferente disso, o Gestor (2019) relata sobre a necessidade das vestimentas para ser aceito socialmente e do conjunto de atitudes que são consideradas aceitáveis e adequadas. Há um conflito evidente sobre sua própria identidade e a identidade profissional. Há, nesse caso, o embate entre a cultura organizacional e o mundo externo em que o agente social está inserido.

Ora, nesse sentido, é preciso considerar que os sistemas profissionais dependem da relação de força entre os atores internos e as alianças com decisores externos, tal como o Estado. Dessa forma, essa ausência de força faz com que determinadas atividades sejam excluídas e reservadas a uma determinada população (mulheres, negros, imigrantes), reproduzindo posições na divisão do trabalho (as classes sociais), reforçando as discriminações que hierarquizam as categorias de pertencimento (DUBAR, 2012).

No caso específico do administrador, há um descentramento da sua identidade, pois, como é percebido em sua narrativa, os condicionantes externos, como ser negro e pertencer a outro Estado Federativo, produzem uma expectativa social baseada na divisão tradicional do trabalho. Assim, tal indivíduo não deveria ocupar uma categoria diferente daquela sustentada historicamente pela desigualdade e pela exploração.

A vestimenta é importante nesta região. Elas querem saber de onde vem e como se veste para poder dar valor ao que você está falando. Em quantas reuniões que agendam comigo, o fornecedor fala em tom de surpresa: você é o gerente? Como posso ocupar um cargo de gestor de quase duzentas pessoas se sou negro e de outro Estado? Realmente, estou desconstruindo um pouco daquilo que a pessoa já tem como um “pré-conceito” (GESTOR, 2019).

A sociedade, a partir do século XX, está se transformando e fragmentando as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade. Anteriormente, os indivíduos sociais tinham sólidas localizações na estrutura social com poucas movimentações. Essa ausência de estabilidade deu início a um processo de perda de "sentido de si" (HALL, 2006). Assim, é preciso considerar que o negro, historicamente, ocupou na sociedade brasileira posição de subordinação. Logo, ao assumir função de liderança, provoca desconforto aos brancos, evidenciando as visões cristalizadas na sociedade como também o racismo estrutural⁹

⁹ Um sofisticado sistema de classificação racial baseado na aparência resultante da apreensão simultânea de traços físicos (cor da pele, traços da face, cabelos), condição socioeconômica e região de residência; um vocabulário racial, comportando multiplicidade de termos; b) Uma grande população preta e mestiça (denominada parda) “-46% da população-, o que faz com que o Brasil seja considerado o segundo país com a maior população negra do

Evidentemente, esta questão tem raízes na organização social brasileira que remonta à colonização e à mão de obra empregada para seu desenvolvimento. A escravização de uma imensa população negra – dado que o Brasil foi o maior importador de negros escravizados das Américas (BIBLIOTECA NACIONAL, 1988) – trouxe uma solução para o enriquecimento das elites coloniais e imperiais e gerou um abismo social que hierarquizou pessoas pela coloração de sua pele. Ainda hoje, vivemos os resultados de tal situação de desigualdade e de desumanização. Infelizmente, o processo de incorporação dos afrodescendentes em nossa sociedade ainda não ocorreu. A construção de uma identidade negra afirmativa vem sendo realizada, mas ainda não é conquista assegurada em todos os âmbitos. O que torna as relações étnico-raciais um tema atual, em especial nas relações de trabalho e nos postos de liderança.

Nunes e Santos (2019) mensuraram os diferenciais médios entre os rendimentos entre trabalhadores negros e brancos, especialmente em grupos ocupacionais de alta gestão (gerentes, dirigentes), e constataram que há uma progressiva desigualdade em favor dos brancos quando se analisa os pontos mais altos da escala de renda.

Também, ainda persistem visões estereotipadas – sobre o negro não ter habilidades para o trabalho intelectualizado – que estão presentes na sociedade e que servem para justificar sua posição social. Chauí (2010) argumenta que muitos brasileiros atribuem a existência dos sem-terra, dos sem-teto e dos milhões de desempregados à preguiça e à incompetência das pessoas em mudar suas próprias condições de vida.

Portanto, não há compreensão das desigualdades estruturantes, afinal, logo após a abolição, os negros foram excluídos do mercado de trabalho. Observe ainda que a substituição da mão de obra negra foi realizada pelo processo de entrada de populações europeias, o que marcou tanto o não acesso dos negros ao trabalho, quanto um projeto de embranquecimento da população brasileira (BIBLIOTECA NACIONAL, 1988).

Outro ponto é que, no Brasil, a divisão do trabalho baseada em uma “cultura senhorial”¹⁰, em que há grande valorização dos diplomas que credenciam atividades não-manuais. Assim, partindo da análise das narrativas, é possível ver o subproduto dessa história e correlacioná-la com a desvalorização de profissionais de saúde que exercem atividades manuais.

mundo (composta por pretos e pardos); A convivência de padrões de relações raciais simultaneamente verticais, produzindo intensa desigualdade de oportunidades e horizontais em que não se observam hostilidades abertas ou ódio racial, o que pode acarretar convivência amistosa em determinados espaços sociais sob determinadas circunstâncias (SILVA; ROSEMBERG, 2008, p. 77).

¹⁰ Chauí (2010) define a “cultura senhorial” como aquela que valoriza a fidalguia e o privilégio, sendo que, nessa sociedade, há o fascínio pelos signos de prestígio e de poder.

Nesse contexto, observou-se a existência dessas relações senhoriais, afinal o hospital é uma instituição na qual esse pensamento pode ser difundido. Aliás, em sua própria constituição histórica, o espaço nosocomial é um lugar de ritual, divisão de pessoas e espaços hierarquizados, como descreve Foucault (2018) sobre o ritual da visita médica no século XIX:

Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada no regulamento dos hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que **a enfermeira deve estar pronta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar** etc. (FOUCAULT, 2018, p. 187, grifos nossos).

Interessante correlacionar a imagem da enfermagem no Século XVIII, com a fala atual do Enfermeiro sobre a valorização social:

Todavia, há muitos pacientes/clientes que reconhecem nosso trabalho. Alguns não. Na visão de algumas pessoas, você é secretário do médico. Na verdade, você pode orientar adequadamente um paciente para casa, mas se o médico mudar a conduta, o paciente esquece do enfermeiro e segue apenas a do médico. Não temos vez! (...) Contudo, o médico cuida/cura a doença, mas o enfermeiro cuida do doente! Ele que fica na cabeceira do leito e que medica. O Enfermeiro é psicólogo, é assistente social, ele faz um pouquinho de tudo. Ele é a ponte com outros profissionais da saúde. Infelizmente, quem muito trabalha não tem valor. Quem muito faz, não faz nada (...). Alguns valorizam o enfermeiro, sabem da importância. Mas outros, não! Muitos acreditam que o enfermeiro não resolve. Dizendo em um português claro: “serve apenas para limpar a bunda do paciente”. Quem acaba fazendo tudo, não faz nada (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).

Em resumo, embora separados por séculos, a imagem de secretário (do médico) perpetua na sociedade. Ademais, “o fazer” e o trabalho manual aparecem nas narrativas como trabalhos não valorizados. Da mesma maneira, a Fisioterapeuta relaciona a ausência de prestígio profissional comparando com ocupações de baixa especialização e atividades manuais.

[...] A fisioterapia é muito manual [...] Apenas depois de uma melhora que o paciente compreende a importância da fisioterapia. Contudo, até conhecer o nosso serviço, a maioria acha que fisioterapia é massagem e ponto final! Você vai fazer massagem em mim hoje? Temos que explicar que não iremos realizar massagem, a nossa programação é essa. Daqui a tantas semanas ou meses você poderá realizar determinada atividade (FISIOTERAPEUTA, 2019, grifos nossos)

Assim, fazendo um paralelo, trabalhos relacionados ao corpo tendem a ser vistos como menos qualificados e, dessa forma, traz pouco respeito social. Analisando as narrativas dos entrevistados, as atividades mais manuais e menos especializadas apresentam menor remuneração. Em certa medida, essas atividades não eram remuneradas e, de forma inconsciente, os discursos são reproduzidos e produzem um efeito de verdade, sendo possível compreender o perfil de um trabalhador desejado pelo mercado.

Em outras palavras, há uma divisão moral do trabalho, em que as “profissões prestigiosas” estão simbolicamente relacionadas como o mágico, com o religioso, com o poder e a lei. Considera-se ainda que, na sociedade capitalista, houve uma racionalização econômica e gerencial. Assim, o diploma (burocratização) sanciona o grau de especialização e um novo sistema de trabalho que substitui as corporações de ofício (DUBAR, 2012). O médico tem o poder de curar, detém o saber e pode, com isso, ser reconhecido socialmente, inclusive por outros profissionais de saúde.

*Aquele que atende pelo menor valor diz que precisa trabalhar, então não há um consenso. Há disputas pessoais para se atender muitas pessoas a um custo muito baixo. O convênio não remunera adequadamente, o SUS não tem condições de pagar e o dono da clínica não quer pagar. Há muitas brigas. Sempre ouço: você não pode abaixar o valor um pouquinho? Tá muito alto! Quantas horas você vai ficar comigo? **É valor de médico?! Não! Essa é a nossa profissão, merecemos cobrar este valor.** As pessoas aceitam pagar um valor maior para o médico, pois é ele que cura! É ele que realiza a cirurgia e que fornece o diagnóstico. Afinal, não vou pagar R\$ 100,00 para mexer o braço e a perna! (FISIOTERAPEUTA, 2019, grifos nossos).*

Todos os profissionais de saúde nesta pesquisa reconhecem a necessidade de valorizar o médico, seja pelo seu conhecimento ou pela responsabilidade de “curar” inerente à profissão. Assim, esse profissional passa a ter um papel central dentro das relações institucionais, sendo importante conquistar a confiança dessa classe, dentro dessa perspectiva em que as profissões relacionadas “ao saber” assumem um papel social diferente daqueles que ocupam “o fazer”, especialmente em economias complexas como a do Brasil.

Este país tem relações de trabalho complexas características de países periféricos. E é bom enfatizar que o assalariamento não se generalizou e, diferentemente do senso comum, não se constituiu na forma dominante de relação de trabalho, portanto a legislação trabalhista atende a uma minoria, pois a maioria vive na informalidade (JACCOUD, 2005).

Dentro das narrativas desta dissertação, há diferentes relações de trabalho, entre elas a prestação de serviços de forma liberal por três profissões, que são elas: medicina, fonoaudiologia e fisioterapia, as demais, apresentam contrato formal de trabalho. Contudo, o que se questiona é se as profissões de saúde liberais de fonoaudiologia e de fisioterapia não são uma forma de trabalho desprotegido? Afinal, considerando as perspectivas dos entrevistados, o conselho e os sindicatos não garantem a força suficiente para estabelecer condições adequadas de trabalho e de remuneração. Já no relato do Médico, a remuneração atual e o conselho especializado promovem uma segurança para a profissão, inclusive de apoio jurídico.

É preciso saber que um sistema de emprego compreende níveis de análise, ou seja, há, de um lado, o espaço econômico (produção propriamente dita de bens e serviços) e, do outro, a

proliferação de trabalho considerado autônomo. A informalidade pode ser vista como uma forma de organização e, de certo modo, de resistência a um dado tipo de modernidade. No Brasil, a modernidade reproduz práticas e posturas arcaicas, ou seja, sistemas de exclusão somadas à ausência de políticas e de respostas institucionais e, claro, um silêncio de amplos segmentos da população (JACCOUD, 2005).

As profissões lutam por seus espaços e se desenvolvem de maneira distinta, dependendo do país de origem. As profissões de alto *status* na Alemanha se deram pela regulação do Estado e requeriam elevadas credenciais acadêmicas. Contudo, também exigiam uma posição elevada e segura na administração pública. Em outras palavras, o aumento do prestígio está relacionado com o certificado profissional, com a especialização, e funcionam como um substituto de nobreza (DINIZ, 2001).

Pensando sobre a valorização da minha profissão, posso dizer que um médico oftalmologista é mais valorizado que um clínico geral, ou, quem sabe, até mesmo que outras áreas (MÉDICO, 2019).

Muitas profissões se cercam de uma ideologia, de um chamado ou de uma vocação. Essas características são percebidas nas falas da Fisioterapeuta, do Médico e do Psicólogo. Em contrapartida, o Gestor, o Enfermeiro, a Farmacêutica e a Fonoaudióloga tiveram outras motivações – como econômicas ou relacionadas a oportunidades – e consideraram a disponibilidade de cursos na região onde residiam e avaliaram as possibilidades de mercado de trabalho.

É perceptível que muitas práticas profissionais direcionam seu código de ética na defesa de seus próprios interesses. A ideologia da segurança e do benefício coletivo permitem monopólios para garantia de uma relação profissional-cliente. Não obstante, há a teoria dos fechamentos, que, conceitualmente, se caracteriza pela restrição de acesso e de oportunidades, dadas geralmente por questões econômicas. Isso é característico de sociedades estratificadas, e são características essenciais da modernidade capitalista, que se baseia em adquirir qualificações. O controle do acesso profissional é uma forma de aumentar o prestígio e o próprio valor de mercado (DINIZ, 2001). De fato, a profissionalização é uma das formas de mobilidade social.

Quando os entrevistados eram perguntados sobre diferenças de *status* profissional, a maioria não se sentia à vontade e eles pareciam ter dificuldades para colocar os profissionais de saúde em uma escala de prestígio. Citavam o médico, mas não sabiam como colocar as demais profissões. Além disso, a maioria correlacionava *status* com valorização e, não

necessariamente, como um sistema de escala de desigualdade que mede inferioridade e superioridade.

Talvez seja difícil estabelecer um conceito simbólico de *status* na atualidade. Ollivier (2009) questiona se os diferentes significados desta palavra se aplicam nas sociedades contemporâneas. Para a autora, os entendimentos clássicos podem não abarcar as desigualdades atuais. Todavia, ao longo do tempo, *status* contemplava medidas de posição ou medidas avaliativas/normativas.

Percebe-se também que o conceito podia estar relacionado à questão individual ou a categorias coletivas. Em certo momento, foi utilizado como uma forma de escala de prestígio ocupacional, baseado em avaliações populares de forma a consolidar a estima social. Em contrapartida, é difícil estabelecer um pressuposto único de uma ordem e consensual para uma sociedade capitalista, que se baseia em meritocracia. Algumas escalas, estabelecem que as ocupações de níveis mais baixos são aquelas cujos membros ajudam pouco para a criação e a expressão da ordem social moral, cognitiva e material. Mensuram a “desejabilidade”, ou o “encanto” das ocupações, pelas suas recompensas socioeconômicas. Assim, o prestígio ocupacional representa uma combinação entre renda e educação (OLLIVIER, 2009). Realmente, no caso desta pesquisa, os dois profissionais que se consideram valorizados, o Médico e o Fonoaudiólogo, representam atores sociais que vinham de famílias de classe média alta. O histórico pessoal demonstra famílias preocupadas com a educação de seus filhos, que direcionam para o mercado de trabalho.

Não obstante, o Administrador (Gestor) e o Enfermeiro demonstram uma trajetória diferente. Fica evidente que o curso superior foi custeado com o próprio trabalho e começaram de posições hierárquicas inferiores, como auxiliares, seja na área administrativa como na assistencial. A Farmacêutica, a Fisioterapeuta e o Psicólogo narram a preocupação com o mercado no sentido econômico, contudo trazem uma perspectiva mais altruísta e ideológica das próprias profissões.

Quando me formei, a maioria dos meus amigos preferiu atuar na indústria. Acho que foi algo romântico da minha parte, mas eu gostaria de trabalhar para o paciente. Quero me sentir útil na vida dele. Isto eu não conseguiria na área industrial. Então, o meu pensamento era trabalhar em hospital, mesmo quando fiz estágio em drogaria (FARMACÊUTICA, 2019)

Normalmente, quando as pessoas são perguntadas diretamente sobre o que têm em mente quando avaliam as ocupações, poucas mencionam critérios normativos que dizem respeito ao valor dessas ocupações (OLLIVIER, 2009). Em conformidade com isso, a Fisioterapeuta, o Psicólogo e a Farmacêutica relatam a importância da remuneração para o

reconhecimento social da profissão. A primeira relata que, anteriormente, um fisioterapeuta era considerado um médico, contudo, ao “descobrirem” o quanto recebiam, perderam o valor. Já o Psicólogo, diz:

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

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

Esse termo, utilizado por Bourdieu (2017), pode explicar as diferentes hierarquias de valor. Para o filósofo, existe uma relação evidente entre o capital escolar e os ensinamentos não abrangidos pelo ensino formal, ou seja, é uma cultura herdada pela família. O valor das coisas está na própria relação com o objeto e com a sua significação sociológica. As variáveis de análise dependerão do nível de instrução e da origem social assim como o conhecimento comum compartilhado.

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

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

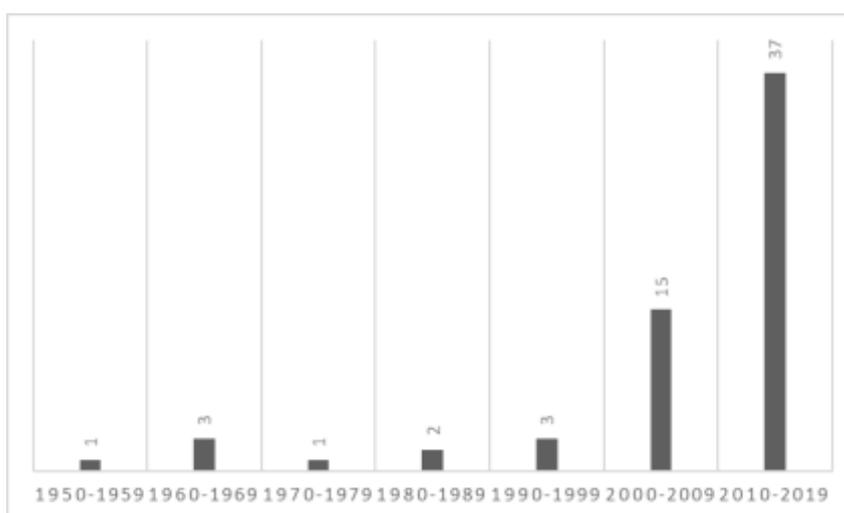
Pode ser que essas relações dissimuladas possam explicar a dubiedade nas falas dos profissionais, quando estes eram perguntados diretamente sobre escalas de prestígio profissional. Na verdade, a hierarquização podia ser notada por outros fatores indiretos, quando refletiam sobre a própria posição. Todavia, é preciso considerar que o indivíduo pode se encontrar em uma multiplicidade de identidades e que permite diferentes locais de fala.

As sociedades contemporâneas são altamente complexas e segmentadas, de tal modo que as pessoas têm filiações sociais variadas, que não necessariamente coincidem. Isso propicia a emergência de culturas de *status* múltiplas e locais, as quais as pessoas aprendem seletivamente a mostrar nos contextos sociais apropriados (OLLIVIER, 2009). Essa cultura é influenciada pela mídia de massa e por estruturas de larga escala assim como as próprias organizações e o mercado.

Por outro lado, o sociólogo britânico Giddens (2002) fala da mediação da experiência que as formas de comunicação concedem à vida cotidiana. A textura das imagens advindas da televisão, do cinema e do vídeo são mais intensas do que a palavra impressa e, com a globalização, existe a intrusão de eventos distantes na consciência local, gerando familiaridade com outras realidades assim como uma inversão de realidades. A modernidade cria sua própria mídia e, dentro disso, cada um vive uma biografia reflexivamente organizada em termos dos fluxos de informações sociais e psicológicas a que é submetida.

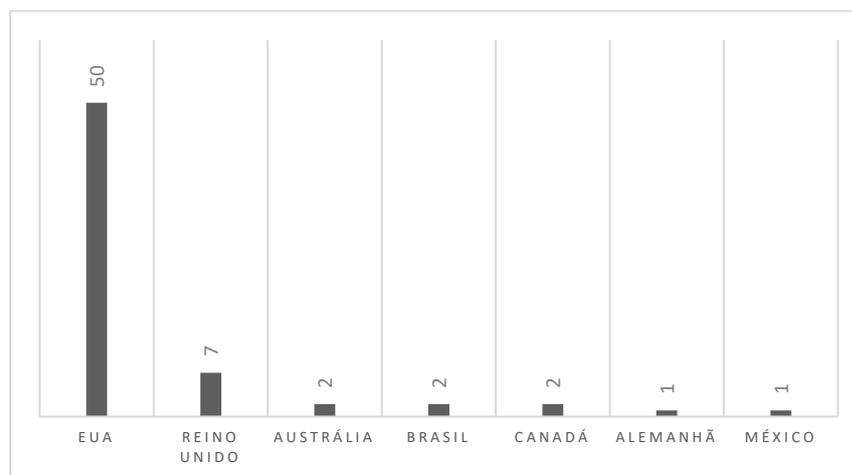
Atualmente, são inúmeros os programas televisivos que abordam a rotina de hospital e os seus profissionais. Ao se efetuar uma pesquisa simples sobre o gênero medicina em um *website* brasileiro de notícias sobre filmes, percebe-se que, nos últimos dez anos, o tema tem sido retratado em diferentes países. Levou-se em conta esses dados, mesmo sabendo que deve-se ponderar sobre o crescimento da produção fílmica, frente ao processo de globalização, o avanço tecnológico e, recentemente, os serviços de *streaming*, que permitem a popularização e a ampliação da própria produção desses programas.

Gráfico 1 – Mídias visuais sobre a temática médica produzidas de 1950 a 2019



Fonte: Adaptado CIAUZEL, 2019.

Gráfico 2 – Mídias visuais sobre a temática médica por país de origem



Fonte: Adaptado CLAUZEL, 2019.

Este trabalho não pretende analisar os conteúdos ou fazer uma análise comparativa por tema, entretanto pretende chamar a atenção pela facilidade no acesso a esses programas de diferentes línguas e culturas. É preciso, no entanto, refletir como isto pode influenciar o modo de pensar da sociedade brasileira.

Dentro de todas as perspectivas sobre a valorização apresentadas neste capítulo, pode-se resumir que o ato de dar valor a uma determinada profissão está relacionado a uma construção social situada em um determinado tempo e espaço. A história social assim como os aspectos econômicos contribuem fortemente por visões diferenciadas sobre as ocupações ligadas ao corpo e ao espírito.

De acordo com o exposto, é possível dizer que a valorização dos profissionais de saúde está correlacionada com o tipo de trabalho (manual ou intelectual), com a liberdade de que se goza (escala hierárquica) e com o salário. Contudo, pelas narrativas, outros fatores influenciam na valorização, como a própria cultura organizacional e como o processo produtivo. Em outras palavras, um engenheiro aeronáutico será mais prestigiado na indústria produtora de tecnologia aérea do que em outros segmentos não relacionados. Por analogia, um farmacêutico tende a ser mais prestigiado na indústria farmacêutica e na drogaria, pois o produto/serviço é voltado para a natureza de sua especialização.

Na tabela 3, os colaboradores foram divididos segundo seus sentimentos de liberdade, cargo, tipo de trabalho e sobre a influência no processo produtivo do hospital. De maneira geral, a maioria dos profissionais atribuiu ao médico um elevado grau de *status* organizacional. Em suma, há um consenso, afinal esse especialista goza de flexibilidade de horários e normas, além de ter influência direta no negócio. Pensando na instituição, o profissional destaca-se no

planejamento estratégico, já que ele, ao prestar o serviço assistencial, contribui ativamente para a sustentabilidade financeira.

Tabela 3 – Perfil hierárquico dos colaboradores¹¹

Profissional	Escala Hierárquica	Flexibilidade de Horário	Remuneração	Influência da Cultura Organizacional (vestuário, tecnologias, produtos, regras, condutas)	Tipo de Trabalho	Influência no Processo Produtivo
Médico	Profissional Liberal - Prestador sem escala de hierarquia	Sim	*****	*	Intelectual	*****
Fonoaudiólogo	Profissional Liberal - Prestador sem escala de hierarquia	Sim	***	***	Intelectual	**
Gestor	Gerência - Média Liderança	Não	****	*****	Intelectual	***
Fisioterapeuta	Coordenador - Empresa de Prestação de Serviços	Sim	***	*****	Manual	***
Enfermeiro	Subordinado - Contrato de trabalho formal	Não	***	*****	Manual	*****
Farmacêutica	Subordinado - Contrato de trabalho formal	Não	**	*****	Intelectual	*
Psicólogo	Subordinado - Contrato de trabalho formal	Não	*	*****	Intelectual	*

Legenda: (*****) Maior; (*) Menor.

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2019

Dessa forma, o capital produz relações sociais complexas e um conseqüente medo de inutilidade social. A subjetividade será influenciada pelo contexto econômico, que determinará o valor a ser atribuído a um determinado profissional.

Nota-se que a fala da Farmacêutica (2019) é carregada de sentimento, medos e incertezas:

Eu me sinto valorizada quando percebo que faço a diferença, como, por exemplo, consegui ajudar um paciente que estava com alergia a um determinado medicamento. Foi devido a minha pesquisa que descobrimos qual medicamento era o responsável pela Reação Adversa. Pedi para suspender, em seguida, o paciente melhorou. Fiquei feliz por isso, é desse jeito que me sinto valorizada. Gozado, em muitos momentos, percebo que as coisas que eu faço, outra pessoa poderia ter feito. Não precisa de mim como farmacêutica! Quando deixo de fazer a farmácia clínica, não acontece nada por causa disto. É uma indiferença. Tudo continuou, nada parou! (FARMACÊUTICA, 2019).

Em comparação, observe uma narrativa de um programador do Vale do Silício após forte queda no mercado em 2000:

A reação mais comum que presenciei foi a da súbita solidão dos jovens programadores. "Ninguém mais quer saber da gente. Todo mundo já ouviu muitas ideias brilhantes antes", disse-me um deles. "Agora as coisas estão 'acontecendo' em Boston, no mundo da biotecnologia, que não é o meu mundo", comentou outro. Sozinhos, eles descobriam de uma hora para outra o tempo — o tempo informe que até então os deixava eufóricos, a ausência de regras de comportamento, de encaminhamento. A página virada estava em

¹¹ O tipo de trabalho foi classificado segundo as narrativas, assim é evidente que todas as profissões detêm o conhecimento especializado, contudo procurou-se evidenciar a prática profissional cotidiana. A remuneração está relacionada ao cargo exercido.

branco. Nesse limbo, isolados, sem uma narrativa de vida, eles descobriram o fracasso (SENNETT, 2006, p. 32).

Em ambas as narrativas, há tristeza e sentimentos relacionados à indiferença. Esse temor, como propõe o próprio Sennett (2006), foi construído pela história, já que muitos indivíduos creem que a educação e a qualificação são formas de ser empregável. Em outros termos, vive-se uma “sociedade das capacitações”, já que uma pessoa talentosa é convertida em valor econômico.

Na verdade, a economia das capacitações abandona a maioria, na medida em que existe uma massa de jovens formados e peritos impossíveis de serem absorvidos pelo mercado. Em contrapartida, o capitalismo busca talentos baratos para maximizar os lucros. Contudo, a ideia difundida da meritocracia causa ansiedade nos indivíduos, pois eles acreditam que a ausência de valorização está relacionada com a falta de capacidade e de conhecimento. Para os profissionais desta pesquisa, o médico detém a maior responsabilidade e o mais elevado grau de conhecimento técnico, portanto está correto o seu papel central dentro da instituição.

É como se os destituídos de talento fossem invisíveis e não se destacassem, gerando uma certa indiferença institucional (SENNETT, 2006), pois, como será discutido nos próximos capítulos, o conhecimento possibilita certas formas de poder e permite um controle sobre indivíduos e grupos. Os outros profissionais de saúde buscam no médico o reconhecimento e a aceitação, sendo que, para eles, este profissional é admirável e, ao mesmo tempo, temível, evidenciando que um pequeno número de capacitados é capaz de controlar muitas pessoas.

4.4 Reflexões sobre a autonomia profissional

Um dos objetivos deste trabalho foi conhecer o sentido de autonomia para os integrantes da equipe multiprofissional. Todavia, tal objetivo se tornou um desafio, tendo em vista que, quando se pensa o “sentido” do “sentido”, há muitas linhas teóricas de interpretação.

Para fins desta discussão, o termo Sentido pode ser entendido como sinônimo de significação, ou ainda, no entendimento filosófico de que o Sentido é o modo pelo qual se designa um determinado objeto (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008). Por outro lado, é essencial analisar a própria lógica de construção de significado sobre o poder ou ainda sobre qualquer outra palavra, tais como autonomia e liberdade.

Han (2019), quando discute a semântica do poder, define o sentido como uma relação, uma continuidade de relações entre si. Enfim, o próprio sentido é um fenômeno de relação e de relacionar-se. O autor, citando Nietzsche, discute que Sentido é poder, já que a origem da

própria linguagem é uma forma de expressão de dominação, já que são os poderosos que geram uma continuidade do sentido a partir do qual as coisas são interpretadas. O poder, nesse ponto, é eloquente na medida em que nomeia determinando o significado.

Por isso, quando os colaboradores da pesquisa foram questionados sobre a autonomia, o termo foi interpretado sob diferentes construções, que levam em consideração a própria identidade do narrador. Por outro lado, tal questão demonstra que a significação da palavra pode adquirir diferentes aspectos, que são mediados pelas relações de sujeição e/ou de dominação, nas quais cada narrador vivencia dentro de um tempo-espço. Assim, as contradições estavam presentes nas narrativas e o sentido de autonomia, por vezes, relacionava-se à valorização e/ou *status* profissional; já em outros momentos, os colaboradores citavam um sistema de regras que concedem um determinado tipo de poder social entendido como autonomia.

De forma geral, o sentido de autonomia não estava relacionado à liberdade propriamente dita, ou seja, o sujeito em si não é livre para tomar suas próprias decisões, mas, de uma maneira regulamentada e normatizada, estabelece seus preceitos fundamentalmente técnicos e aceitos socialmente como verdades.

Assim, o indivíduo sofre pressões internas e externas sobre a sua liberdade, e as instituições e o Estado exercem um papel fundamental na modulação da autonomia. Dito de outro modo, a autonomia pode ser um instrumento legal de determinado grupo social. E aqui, neste trabalho, foram representados pelos conselhos de classe e pelo próprio hospital, que permite a ação do sujeito, desde que baseada em determinados critérios.

Acho que minha autonomia não mudou muito do consultório para o hospital. Minha supervisão consegue coordenar isto muito bem. Assim que eu entrei, ela me disse: - Você faz do jeito que achar melhor, contanto que siga as regras do hospital. (PSICÓLOGO, 2019).

Hoje, eu sinto que tenho autonomia para atuar dentro do meu trabalho. Minha coordenação me dá este respaldo. Lógico, até o meu limite. O que eu não posso, levo para eles (ENFERMEIRO, 2019).

A autonomia privada é um direito constitucional, em que um indivíduo dotado de razão pode decidir o que é bom ou ruim para si, salvo quando as suas escolhas perturbam os direitos de terceiros ou da comunidade. Portanto, não existe uma autonomia e uma liberdade absolutas (SARMENTO, 2005). Mas em que medida as leis garantem efetivamente o poder de decisão? A legalização da autonomia permite liberdade de decisão? Segundo o relato da Fisioterapeuta (2019), isso não é possível. A lei em si não permite a aplicação de uma determinada ação no âmbito privado, pois há aspectos muito mais intrincados que influenciam o direito à autonomia dentro de um determinado grupo social.

Acho que ao longo do tempo conquistamos alguma autonomia sobre nosso trabalho. Contudo, ainda em pediatria não temos muito poder decisão. Quando eu entrei na área hospitalar, aprendi que em pediatria, ventilador você não mexia. Você não solicita exame¹². Então, pedíamos: Doutora, você pode pedir uma gasometria? Uma radiografia? Nós precisamos ver como o paciente está evoluindo. A resposta era, não! Cheguei a receber ligações, o fisioterapeuta está pedindo exames, mas a conduta é médica (FISIOTERAPEUTA, 2019).

Para Chomsky, o Estado impõe um conceito daquilo que é legal, mas isso não significa justiça nem precisão. Já, para Foucault, uma justiça ideal não é possível em um sistema de classes, por que representa em si um instrumento de poder (CHOMSKY; FOUCAULT, 2017). Na fala da Fisioterapeuta (2019), há um direito legal de ambos os profissionais, porém existe um embate sobre de quem deve ser a conduta. Essa palavra, largamente utilizada pelos colaboradores, é empregada como um conjunto de procedimentos e/ou decisões terapêuticas relacionadas ao paciente. Também está subentendido o código de ética, que direciona normas de comportamento de cada profissional.

O termo conduta tem sua origem no latim *conductus* e *conducere*, que significa conduzir juntamente, ou seja, é um vocábulo que evoca um valor moral de uma ação, apreciado segundo certas normas de bem e de mal (JAPIASSÚ, MARCONDES, 2008). Em oposição, o Médico diz que cada pode ter a sua “conduta” e não há como definir se está certo ou errado, já que o conhecimento específico garante a ausência de questionamento.

*Em relação à autonomia do oftalmologista, ninguém nos contrariam em nossas decisões, portanto tenho autonomia para isso. Mesmo um colega oftalmologista não irá falar sobre sua conduta, se está certa ou errada. Cada um tem a sua. **Já o clínico não terá condições técnicas para questionar.** Nesse sentido, sinto uma grande autonomia dentro da instituição, pela Diretoria e inclusive pela sua parte. Quando digo à coordenação da farmácia que preciso de um determinado colírio, não há questionamento assim como não há uma negativa de fornecimento. Então, me sinto bem assessorado. (MÉDICO, 2019, grifos nossos).*

Nota-se a importância da especialização, estando, assim, em conformidade com o que propõe Giddens (2002) sobre a sociedade moderna e os mecanismos de desencaixe. Afinal, as fichas simbólicas e os sistemas especializados influenciam o cotidiano, fragmentando a

¹² Existe um entendimento pelo COFFITO, por meio da Resolução nº 80, publicada em 9 de maio de 1987, no exercício de suas prerrogativas legais, do reconhecimento da competência do fisioterapeuta para solicitação de laudos técnicos e exames complementares, a fim de lhe proporcionar condições de avaliação sistemática do paciente e de reajustes ou alterações das condutas terapêuticas empregadas (BRASIL, 1987).

realidade e provocando novas formas de exclusão. O perito e o conhecimento especializado tomam o lugar do guardião e da tradição.

Alguém pode se voltar para a medicina holística depois de uma decepção com a ortodoxia médica, **mas é claro que isso não passa de uma transferência de fé**. Alguém que sofre de uma doença pode desconfiar das afirmações de todas as formas de cura a ponto de evitar qualquer contato com os médicos independente do progresso da doença. Mas mesmo uma pessoa que tenha efetivamente optado por uma separação radical como essa acharia virtualmente impossível escapar de todo do impacto dos sistemas de medicina e pesquisa médica, dado que eles influenciam muitos aspectos do “ambiente de conhecimento”, assim como os elementos concretos da vida social cotidiana. (GIDDENS, 2002, p. 25, grifos nossos)

Em suma, os especialistas profissionais têm um poder “quase místico”, que conduzem o agir dos leigos e a interpretação do que é certo ou errado, sendo quase uma questão de fé nesse sistema.

*O que falta para conseguirmos autonomia é conhecimento, é formação mesmo para conquistarmos o nosso espaço. **Precisamos conquistar com o conhecimento! Isto é a chave.** (FARMACÊUTICA, 2019, grifos nossos).*

Em consonância ao que foi abordado na revisão de literatura, o conhecimento é codificado e o acesso é restringido. A Farmacêutica entende que a solução é a conquista deste tipo de conhecimento. Segundo Giddens (2002), nas eras pré-modernas, as restrições consistiam na alfabetização, enquanto, na modernidade, esse tipo de monopólio evoluiu e se revestiu da racionalização da ciência.

Da mesma maneira, dentro da cultura hospitalar estudada, há um enaltecimento do conhecimento, que é percebido como estratégico para a alta administração e essencial ao desenvolvimento econômico. Assim, as relações profissionais são moldadas, gerando diferentes percepções sobre a autonomia que variam de acordo com a posição hierárquica e com a própria profissão.

No que se refere ao conceito de autonomia, Paulo Freire (2011) traz outra abordagem. Para o autor, o conhecimento pode propiciar autonomia dentro de uma perspectiva da autoridade democrática, ou seja, os indivíduos são seres históricos-sociais, que detêm a capacidade crítica para opinar e se comunicar. E uma autoridade fundada na competência permite, por meio da força moral, coordenar determinadas atividades, diminuindo reações negativas relacionadas à cadeia hierárquica. Nessa proposta de sistema disciplinar, não existe estagnação e silêncio, mas permite-se uma relação dialógica entre diversos autores considerados autônomos. Então, é possível a existência de pessoas críticas, éticas e responsáveis pelas suas

ações, capazes de assumir riscos e, mediante os conteúdos aprendidos, de construir novas realidades.

A construção dessa autonomia é, na verdade, uma expressão de menor dependência por meio da consciência de que somos seres inacabados e condicionados. Afinal, o ser humano não se faz no isolamento, sem influência das forças sociais, culturais e históricas, mas se adapta individualmente no mundo no qual se insere. Assim, uma posição autônoma é a de quem luta para não ser apenas objeto, mas também sujeito da história (FREIRE, 2011).

Pensando nisso, é possível correlacionar a autonomia com a capacidade técnica e autocrítica para se tomar uma determinada decisão no âmbito profissional.

As profissões podem requerer um elevado grau de educação formal, o que leva a uma crença de que os profissionais são portadores de uma excelência dos valores racionais do conhecimento científico e tecnológico, fundada na moderna versão da autoridade baseada na competência técnica (DINIZ, 2001).

Nesta época, existiam duas modalidades para se especializar em uma determinada área de atuação: estágio e residência. Atualmente, isto não é mais permitido. As duas possuem as mesmas cargas horárias, ou seja, são idênticas. A diferença estava na remuneração, o residente recebe pelo seu trabalho, o estagiário, não. Então, o aluno de residência deve cumprir três anos bem como o estagiário. Não há diferença de conhecimento, são as mesmas provas e as mesmas cirurgias (MÉDICO, 2019).

Em resumo, o profissional é um especialista técnico em virtude do seu domínio tanto da tradição quanto das habilidades necessárias à sua aplicação (DINIZ, 2001). O conhecimento especializado, sistematizado e abstrato permite autonomia no exercício profissional. Contudo, os participantes colocaram que o poder de decisão é limitado e a autossuficiência não é plena, mesmo quando sua ocupação atende as prerrogativas funcionalistas que definem uma profissão como auto-regulamentada. Portanto, outras questões ocultas parecem influenciar a capacidade de deliberar.

Entretanto, algumas vezes há dificuldades nesta comunicação, porque o hospital é muito verticalizado. Quando você vai às reuniões consegue perceber que alguns setores são mais abertos do que outros, principalmente para as questões psicológicas. Posso dizer, com segurança, que, sem dúvida nenhuma, a equipe não é interdisciplinar, mas multiprofissional. Há o médico que lidera, então ele vai pedindo a opinião dos outros à medida que ele acha necessário. No final, a conduta é dele. Então, é vertical essa relação de poder. Há dificuldade na colaboração efetiva entre os profissionais. (PSICÓLOGO, 2019, grifos nossos).

Existe uma cadeia de comando a ser seguida, uma estrutura verticalizada dentro do hospital, que impede o exercício pleno da liberdade de escolha. No que tange às questões da

terapêutica, o médico é um ponto central, pois é aquele que rege os outros integrantes da equipe multiprofissional. Embora, em certa medida, o próprio profissional compreenda os limites dentro da cadeia hierárquica, sabendo que o poder administrativo influencia seu julgamento, evidenciando as relações de produção e capital. Dessa forma, evidencia também que, em uma escala burocratizada, existe um sistema que delimita a liberdade de escolha sobre determinada ação.

De qualquer forma, sinto que minha autonomia é velada, não é total. Você vai fazendo e pode tomar algumas decisões, contudo algumas ações que não estão de acordo com quem tem maior autonomia do que você, não há chance de evolução. Assim, essa autonomia não é completa, ela acaba quando começa o poder de outra pessoa que te influencia. O assunto não terá progressão sem a anuência dessa pessoa (GESTOR, 2019, grifos nossos)

O Enfermeiro de maneira geral é muito limitado em sua autonomia. Ele sempre depende de alguém. É claro que o conselho determina sua autonomia profissional, mas vai somente até ali, pois muitas decisões na prática não dependem do enfermeiro. Eu posso ter certeza de que determinada assunto deve ser tratado de uma forma, mas se o médico não der o aval dele, não consigo fazer. Tem essa barreira. (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos)

Acresce que, no cenário estudado, as profissões estão mais ou menos inseridas dentro da burocracia institucional, conforme o tipo de contrato de trabalho. Os setores como farmácia, nutrição, enfermagem, psicologia e demais profissionais administrativos seguem uma cadeia burocrática, regida por diretrizes de liderança e de subordinação. Já a fonoaudiologia, a fisioterapia e a medicina se apresentam como prestadores de serviços em contratos terceirizados, mascarando ainda mais as relações de dominação, afinal são sócios e colegas que se interagem, suavizando os jogos de força.

Acredito que em uma sociedade a liderança fica mascarada. Outro sócio brinca que a solução seria montar uma empresa só da gente. Tenho dúvidas sobre a contratação de funcionários. Existe muito risco, especialmente trabalhista. Dificilmente um sócio irá te processar, afinal estou na mesma, não é? Você não ganha os mesmos benefícios, você tem os mesmos problemas (FISIOTERAPEUTA, 2019).

As relações de subordinação são mais claras nas relações formais de trabalho. Percebe-se que, na história temática contada pelo Enfermeiro, ele relata que, na realidade, não há um autogoverno, uma gerência sobre as próprias decisões. Em consenso, o Gestor frisa que a autonomia é velada dentro das instituições burocráticas. Em resumo, o sentido da autonomia dependerá da sociedade e, até mesmo, da organização em que está inserida.

Não obstante, esse significado mudará a partir de como os indivíduos percebem a si mesmos e ao próprio desempenho profissional (DINIZ, 2001). Do mesmo modo, Sennett (2016) também reflete sobre as formas complexas de autonomia dentro das instituições. Há uma

estrutura, um sentido de caráter, em que um gerente é competente, quando é habilidoso em coordenar o trabalho de diversas pessoas, cada uma com suas qualificações especializadas. Por conseguinte, as burocracias criam imagens de um administrador, que deve ter um conjunto de atitudes que o mantenham com uma certa independência e propenso a influenciar mais do que reagir.

*Quando eu trabalhava sob regime de CLT, seguia uma hierarquia e tinha uma coordenadora que era psicóloga. **Ela nunca interferiu diretamente no trabalho. Aqui ou lá, quando eu fecho a porta do meu consultório, eu que mando.** Não tenho que ficar dando satisfação para ninguém, embora, no hospital, tenhamos que registrar todo o atendimento. Então, querendo ou não, as pessoas sabem o que você está fazendo. Já, lá, eu fazia relatórios periódicos e passava para a minha coordenação. Assim, **ela sabia o que estava acontecendo. Já teve momentos em que ela acompanhava o meu atendimento. Como psicóloga, não entendia a respeito do atendimento fonoaudiológico, mas sabia que ela estava me avaliando e observando qual o tipo de relacionamento eu tinha com os pacientes e seus familiares. Os pacientes eram crianças com rebaixamento intelectual e, muitas vezes, a mãe entrava na sala de atendimento. A coordenadora queria ver como era esse relacionamento e ficava confiscando o tempo em que estava com o paciente. Se eu atendia muito rápido ou não. Ela cobrava, não só a mim, mas a todos. Cobrança de horário e tinha que passar cartão!!** (FONOAUDIÓLOGA, 2019, grifo nossos).*

De fato, as teorias históricas-comparativas dizem que a profissionalização está envolvida em processos longos em contextos macro-históricos e começou quando o Estado tentou influenciar o comportamento do clero, dos médicos e dos advogados com a promulgação de um código de ética, de tal forma que se estabelece um contrassenso, o mesmo código de ética que coloca limites ao profissional também confere autonomia de atuação (DINIZ, 2001). Especificamente no caso da Fonoaudióloga, a especialidade confere em quais condições ela detém o seu poder de atuação, mesmo dentro de um sistema de gradação de funções.

Com efeito, o código de ética é um dos mais importantes recursos na defesa dos próprios interesses. Admite-se que os organizados se sobressaem sobre os desorganizados. As coletividades procuram maximizar seus ganhos pela restrição do acesso a recursos e a oportunidades geralmente de natureza econômica (DINIZ, 2001).

Os profissionais estudados passam a disputar seu espaço dentro do hospital, contudo essa concorrência fica no campo das relações pessoais, já que a maioria dos entrevistados diz que os conselhos de classes não participam do fortalecimento profissional.

*Atualmente, acredito que meu conselho profissional contribui pouco para a profissão. **Enxergo como pouco atuante e mais de formalização.** Trata-se de pagamento de anuidade e não vejo nada relevante para a classe (GESTOR, 2019, grifos nossos).*

*Os conselhos de outras profissões são mais atuantes junto aos profissionais. Nós não vemos a diferença, pelo menos para a enfermagem. **A impressão que se passa e que este órgão existe para cobrar anuidade.** Pelo menos, esta é minha impressão. O sindicato é muito fraco (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).*

*Acho que nosso Conselho não nos fornece apoio na regulamentação e também na valorização da profissão. Fui buscar o contrato social da empresa, e, logo quando cheguei, a atendente disse que já tinha saído a anuidade. **Fiz uma colocação de que não entendia a cobrança, pois quando ligamos pedindo auxílio não temos retorno** (FISIOTERAPEUTA, 2019).*

*O Conselho de Fonoaudiologia nos dá um suporte na regulamentação, nisto ele ajuda bem. Ele até conseguiu aumentar o campo de atuação em algumas atividades que eram anteriormente exclusivas da fisioterapia. Nós começamos a estudar e o conselho conseguiu a regulamentação. Lógico, cada um na sua linha. Nisso, eu percebo um respaldo. O que eu não vejo é uma atuação junto aos convênios médicos para conseguir uma melhor valorização do profissional na questão de remuneração. Agora, a remuneração em outras instituições, estou um pouco por fora disso, não sei o quanto se ganha. **Então o conselho poderia estar mais presente e ativo em relação a isso** (FONOAUDIÓLOGA, 2019, grifos nossos).*

*Sobre os órgãos regulatórios da profissão, existe o Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Ele é bem específico e defende os direitos da classe.** Na verdade, existem vários conselhos e uma hierarquia. Primeiro, quem rege é o Conselho Federal de Medicina; abaixo dele, há o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. No caso, pago duas mensalidades: uma, para o Conselho Regional, e outra, para o CBO. Você é obrigado, caso contrário, não poderá exercer a profissão. Há também a Sociedade Brasileira de Glaucoma, que está mais próxima do médico especialista. Eles apoiam totalmente e de forma irrestrita. Tem tudo o que se possa imaginar (MÉDICO, 2019)*

*Infelizmente, **o nosso conselho não nos ajuda com o trabalho prático.** Não ajuda em nada. Nós entramos em contato para saber como poderíamos evoluir no prontuário. Queremos saber o que poderíamos colocar sem comprometer o sigilo. A sugestão foi: fala que está em acompanhamento. Como se faz um trabalho que declarei aqui, gastando toda esta saliva, para escrever apenas isto? Imagina! (PSICÓLOGO, 2019, grifos nossos).*

*Não sei se o Conselho de Farmácia irá nos ajudar a conquistar isso. Para mim, hoje, **ele representa apenas um órgão fiscalizador que vem para ver se estou aqui,** trabalhando por aquilo que assino como responsável técnica. Na drogaria, eles são mais presentes do que no hospital. Percebo isso pelos cursos que ministram nesta área (FARMACÊUTICA, 2019, grifos nossos).*

Esses atores não compreendem que a transferência de um determinado tipo de poder de atuação é pertinente à força político-econômica da organização profissional. O Médico percebe que a regulamentação da especialidade técnica é mais atuante e, por isso, mais forte. No mais, os colaboradores questionam o pagamento da anuidade e a falta de assessoria prática, que vai muito além da fiscalização. É certo que a compreensão desse sistema de poder pelo sujeito

permite uma melhor forma de monopolizar determinados direitos sobre a conduta terapêutica e driblar a própria burocracia institucional.

Dito de outro modo, a questão da autonomia e da autorregulação fazem parte de uma ideologia do profissionalismo (DINIZ, 2001), afinal as profissões sempre tiveram relacionamento com as burocracias, ou em outro termo, com as instituições.

Aliás, há uma correlação especial entre eles, afinal ambos são baseados na racionalidade, na quantificação, na especialização, na competência técnica, na qualificação, no planejamento e na vocação. A liberdade não está necessariamente no processo de decisão sobre as próprias regras, mas na capacidade de julgamento sobre o próprio trabalho, com base nos conhecimentos técnicos, que não estão disponíveis aos leigos (GIDDENS, 2002). Esses sistemas especializados tão importantes para a modernidade moldam novas faces do poder que será discutido nas próximas páginas.

Ainda como foi demonstrado inicialmente, as profissões são capazes de formar grupos de *status* e são revestidas de questões como vocação e valorizações específicas da própria instituição. Em conformidade, nada mais é do que estratégias de exclusão, discutidas na teoria do fechamento, pois as credenciais educacionais são parâmetros essenciais para a nova divisão do trabalho e determinam o valor de mercado daquele profissional. É natural, portanto, a existência de competições interprofissionais, um controle do corpo do conhecimento, para se ter um domínio exclusivo e que, normalmente, são decididos em uma análise de esfera legal. Dessa forma, faz-se necessário que haja um suporte do Estado para legitimador na esfera social. Em outras palavras, o médico convenceu a opinião pública de que seus métodos curativos eram mais eficientes (DINIZ, 2001).

Por outro lado, existem outras formas de autonomia que se expressa em um sentido mais psicológico. É quase uma estrutura de caráter, um tipo de pessoa idealizada. Como discute Sennett (2006), uma pessoa de caráter autônoma é um bom juiz das outras e não anseia pela aprovação delas. O autocontrole é uma força, portanto os demais necessitam dela, e a pessoa pode se dar ao luxo de lhes ser indiferente.

Esses atos de desinteresse e de aparente neutralidade, tão comuns à área hospitalar, em que muitos profissionais mantêm relações pouco humanizadas, sustentam a dominação e se convertem em imagens de autoridade, permitindo um grau diferenciado de autonomia.

Benedetto e Gallian (2018) discutem como a formação dos profissionais médicos e de enfermagem podem conduzir a relações futuras mais ou menos humanizadas. Para os autores, o ensino, tradicionalmente, dá um enfoque biomédico e as dimensões sutis do ser humano, tais

como espiritualidade, sentimentos e emoções, são negligenciados ao longo do processo de profissionalização, que se inicia na graduação.

Em complemento, a fragmentação do ensino e a supervalorização da tecnologia deterioraram o relacionamento profissional-paciente. Não obstante, o ser humano busca ser cuidado por alguém além da competência técnica (BENEDETTO; GALLIAN, 2018), gerando uma relação de dependência e de submissão.

Afinal, existe uma necessidade fundamental do ser humano em ser cuidado e protegido, por isso o próprio capitalismo absorveu essa estratégia a partir do paternalismo, em que a dominação é baseada na construção de um líder protetor, severo e forte. Nesse sentido, é a própria ideia do poder transformada num controle unilateral em que o sujeito é influenciado, mas não pode influenciar quem lhe presta cuidados. Trata-se de uma autonomia constituída na autoridade sem amor (SENNETT, 2016) e que pode ser notada no ambiente estudado.

Embora exista um esforço para se implementar políticas de humanização, especialmente no Sistema Único de Saúde, há diversas barreiras que precisam ser discutidas e, muitas vezes, estão mascaradas dentro de um sistema de poder. Aliás, na própria formação do profissional existe um discurso que rejeita a subjetividade humana.

Como exemplo disso, há uma pesquisa publicada em 2018, cujo objetivo era investigar a efetividade da utilização de narrativas como recurso didático na formação humanística de estudantes de Medicina e Enfermagem. Os autores refletem sobre como a formação influencia no modo de agir do profissional:

A impressão que ficou é a de que os alunos, na medida em que avançam na graduação, **vão aprendendo a ocultar ou ignorar suas emoções e sentimentos**, quer seja para não revelar sua eventual sensação de impotência, para fugir do sofrimento, para imitar os mais velhos que lhes servem como modelo ou por não terem suporte para lidar com as dificuldades que se revelam em cenários clínicos (DE BENEDETTI; GALLIAN, 2018, p. 1200-1201, grifos nossos).

Para os pesquisadores, a impossibilidade de cura é confundida com fracasso e incompetência, não existe espaço para discussão dos sentimentos despertados, corroborando a fala do Psicólogo (2019), que cita a ausência da reflexão crítica sobre as emoções humanas dentro do hospital:

Acho que de alguma forma a sociedade desautoriza o saber psicológico da saúde. Isto está relacionado a este momento em que vivemos, ou melhor, a modernidade tem um pouco dessa cultura de performance da qual se autoriza o saber, que é um saber médico. É um saber de intervenção medicamentosa, citando como um exemplo (PSICÓLOGO, 2019, grifos nossos).

Ficou nítido que não é todo o conhecimento que é valorizado e que proporciona uma autonomia profissional. O saber humanístico tampouco é reconhecido como uma ciência dentro da instituição hospitalar.

Ademais, pelas histórias contadas pelos colaboradores, há um desejo intrínseco da equipe multidisciplinar de ser reconhecida por um personagem que se fazia presente na maioria das narrativas: o médico. Existe uma busca pela aceitação dessa figura, o que denota muito mais do que a questão puramente legalista dos códigos de ética.

*Para o médico, funciona da mesma forma. Se ele confia e sabe do seu profissionalismo, do que você é capaz, ele irá te apoiar. Há médicos aqui de que todos têm medo. **Medo de ligar e de conversar**, mas eu nunca tive este problema com ninguém. Até mesmo com aqueles que gritam e xingam. Sempre penso: Gente?! Por que ter medo? É só falar. Você deve se impor, explicar o que está acontecendo e pronto. Acabou! **Ele não irá brigar, porque verá o que você está fazendo de melhor.** (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).*

De fato, as narrativas trazem pouco dos outros profissionais, sempre como coadjuvantes, e, de maneira geral, os colaboradores procuravam diminuir a distância estabelecida no relacionamento com o médico. O temor e a reverência são evidentes a esse especialista.

*No mais, os outros profissionais estão todos no mesmo nível. Não vejo muita diferença, todos trabalham e têm suas dificuldades, e sabemos, lá no fundo, que, se não trabalharmos juntos, não dá certo. **Infelizmente, não temos como brigar com o médico. É ele e ponto final. As outras equipes, há uma certa flexibilidade**, a nutrição, a farmácia (...). Não tenho problema algum. Contudo, no dia a dia, o conflito sempre acontece mais entre Enfermagem, médicos e fisioterapeutas (FISIOTERAPEUTA, 2019, grifos nossos).*

Atualmente, os serviços e as qualificações são importantes para que uma pessoa se torne mais necessária do que outras. Pensando nisso, uma forma simplificada de autonomia é a posse de qualificações devido ao destaque que se dá às habilidades técnicas (SENNETT, 2016). Além disso, a indiferença e a racionalidade também proporcionam autonomia e, conseqüentemente, autoridade. O trecho abaixo denota o quanto queremos a atenção e o reconhecimento dessas pessoas:

A pessoa indiferente desperta nosso interesse de sermos reconhecidos; queremos vê-la sentir que temos importância suficiente para ser notados. **Podemos provocá-la ou acusá-la, mas o que importa é fazê-la reagir. Temerosos de sua indiferença** e sem compreender o que a mantém distante, ficamos emocionalmente dependentes (SENNETT, 2016, p. 120).

Dentro dos relatos, são nítidos os esforços para o estabelecimento de uma comunicação e de uma aceitação advindas do corpo clínico:

É uma conquista os médicos aceitarem nossa opinião. O ambulatório de fonoaudiologia já existe há uns 11 (onze) anos aqui no hospital. No começo, não estava aqui, mas as outras fonoaudiólogas contam como foi essa

trajetória, que começou no atendimento no leito. Então, foi uma conquista, porque só o profissional médico aceitar o fonoaudiólogo na equipe, já é diferente! (FONOAUDIÓLOGA, 2019. Grifos nossos).

Quanto maior o conhecimento especializado, maior é a autonomia. A perícia técnica e a inovação tornaram-se formas modernas de capital e constroem, na impessoalidade, as relações de poder (SENNETT, 2016). Veja-se que isso não é somente nas burocracias estatais ou industriais, o hospital também traz consigo essa ideologia burocrática e prega a autodisciplina voluntária. Enfim, fica uma imagem coercitiva oculta, que será discutida mais adiante.

Veja que, se eu quiser romper a sociedade é muito difícil. Temos que fazer uma votação dentro da empresa, como se fosse uma assembleia. É necessário guardar todas as reclamações, todos os problemas que aquele sócio porventura fez. Contudo, por mais que você não seja CLT, há as regras e rotinas hospitalares que devemos seguir. Por exemplo, precisamos entrar pelo acesso de funcionários. Não podemos utilizar tênis nas dependências, as unhas curtas e com esmalte transparentes. Alguns sócios não aceitam estas normas e questionam sobre as proibições que não são aplicadas aos médicos. Por que a médica pode pintar a unha de vermelho e eu não? O médico vem de sandalhinha, por que não posso vir? (FISIOTERAPEUTA, 2019)

Na área hospitalar, não é evidente o que motiva cada decisão. Melhorou, mas ainda é restrito. Essa questão ainda fica com o topo da pirâmide, sendo pouco esclarecida para as demais áreas. Isso acaba impactando num processo como um todo, não somente aqueles relacionados à cadeia de decisão (GESTOR, 2019, grifos nossos).

Veja-se que as decisões não têm uma pessoa definida, a autonomia técnica é regulada pelas normas de vestir e agir institucionais, mesmo para aqueles que são considerados profissionais liberais. Mesmo quando há questionamento sobre as regras estabelecidas, há um receio no desafio àqueles que são os considerados responsáveis. Em contrapartida, não fica evidente quem tomou em si a decisão.

Talvez esteja presente uma baixa autoestima dos trabalhadores da saúde não-médicos, pois estes se sentem inseguros e destituídos da verdadeira autonomia:

Todavia, se o enfermeiro falar algo, sempre há o que discutir. Sempre tem uma interrogação. Então, os enfermeiros se colocam abaixo desses outros profissionais da saúde (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).

É claro que isso também faz parte das disputas interprofissionais. Para Diniz (2001), há uma microssociologia dos monopólios profissionais e podem ser percebidas no sentido micro. Certas profissões firmam seu domínio sobre outras, controlando melhores oportunidades de mercado e honorárias. Além disso, diferentemente do que se imagina, a maioria das profissões nasceu assalariada, o que coloca os sujeitos em posições contraditórias.

Na verdade, o que existe são empregados técnicos graduados (DINIZ, 2001), mesmo naquelas profissões que prestam serviços à instituição. Ademais, os narradores não tinham uma identificação de classe, mesmo quando se tratava de “colegas” profissionais, muitos relataram disputas e competições. Também, o sindicato não foi abordado por nenhuma categoria como fator diferenciador para a conquista de direitos, seja intra ou extrainstitucionalmente.

A ideologia do capitalismo está arraigada nos profissionais estudados, especialmente a meritocracia. Há uma disputa pelo conhecimento, visto como algo fundamental na esfera hospitalar, sendo que esse saber é utilizado como um capital para barganhar maiores regalias e, conseqüentemente, remuneração.

Observe-se que não é qualquer saber que é entendido como sinônimo de concessão de autonomia. Afinal, existem formas de restrição e de exclusão, em que a elite determina aquilo que tem valor. Funciona da mesma forma como se atribui ao “gosto puro” ou a um “gosto legítimo”. Bourdieu (2017), discutiu exatamente isso: a crítica social do julgamento. A propósito, o conceito trazido é de que há significações sociais para cada coisa, ou seja, “algo” terá valor mediante o uso a que é submetido, dificultando inclusive a separação apenas taxonômica de uma palavra:

[...] o que dizer, de fato, a respeito de um conjunto dos produtos separados pela categoria, aparentemente neutra, “cereais” – pão, torradas, arroz, massa, farinha – e que dizer, sobretudo, das variações do consumo em relação a estes produtos segundo as classes sociais quando se sabe que, limitando-nos ao “arroz”, ele dissimula o “arroz doce” ou o “arroz refogado com gordura”, preferencialmente populares; o “risoto ao curry”, de preferência, “burguês” ou, de modo mais preciso, “intelectual”; sem falar do “arroz integral” que, por si só, evoca um verdadeiro estilo de vida (BOURDIEU, 2017, p. 26)

Em linhas gerais, é possível fazer o mesmo com as profissões e seus usos sociais, que evocam menor ou maior capital escolar e, conseqüentemente, um capital cultural. O que o sociólogo reflete é sobre o acúmulo de um capital cultural, que é uma mescla entre o que pode ser adquirido pela origem social (família, amigos) e pela própria instituição escolar.

Em resumo, talvez seja por isso que a medicina ainda possua maior grau de autonomia que as outras profissões aqui discutidas. Afinal, sabe-se que este curso se torna restrito pela dificuldade no acesso à universidade, sejam elas particulares ou públicas. E as variações no capital escolar estão relacionadas à variação de competência. Os colaboradores afirmam que a posição central do médico é inquestionável devido ao seu preparo e conhecimento.

4.5 A ilusão da liberdade profissional

Para se compreender as relações de poder interprofissionais, é preciso ponderar sobre o que define e une determinados grupos. Dessa forma, como discute Gonçalves (2006), é possível pensar as profissões no sentido sociológico funcionalista, pois, segundo esses pensadores, os atributos essenciais da profissão podem estar alicerçados em uma recusa do mercantilismo, no ideal de vocação, na presença de uma longa formação acadêmica especializada e de uma deontologia que estabelece regras específicas de cada profissão.

De fato, muitas narrativas demonstraram que os colaboradores tinham formações acadêmicas extensas e alguns falam da identificação com o trabalho em saúde por meio de um senso de utilidade e prestação de serviço, muito além de uma simples relação de compra e venda de serviço, envolvendo uma ética do cuidar. Por exemplo, a Farmacêutica reflete sobre seu papel, que vai muito além do comércio de medicamentos, e espera que possa contribuir de uma forma positiva para a sociedade.

No futuro eu espero que a profissão farmacêutica siga o modelo de outros países, tendo uma função mais ativa no cuidado do paciente. Gostaria também que, na drogaria, o farmacêutico não seja apenas aquele que assina um papel, mas também aquele profissional de saúde mais acessível, que você vai até ao balcão e não precisa marcar uma consulta. E quanto melhor for a formação dele, melhor irá atender, melhor a sociedade verá este profissional. Porque ele será mais acessível para demandas menores. Eu acho que esse poderia ser o nosso futuro (FARMACÊUTICO, 2019).

Espera-se que exista uma organização fechada dos sujeitos que detêm as mesmas credenciais (DINIZ, 2001), todavia essas relações podem estar permeadas por conflitos, mesmo por pessoas que detêm a mesma formação acadêmica. Foram encontrados relatos de concorrência e de desunião, o que dificulta o estabelecimento de um sentimento de classe profissional.

*Agora, muitos dos profissionais da enfermagem querem subir de posição puxando o tapete do outro. Querem mostrar que são melhores e, dessa forma, são capazes de derrubar um colega. Isto não é certo! Acho que todos devem ser valorizados, todos devem mostrar o seu melhor, mas dentro do que é certo. Dentro de uma postura ética! Não se pode derrubar o outro para ganhar crédito, mas há muito disso, uma competição desleal (...) **Quando eu estava na faculdade, uma professora nos disse para não compartilhar conhecimento com outros colegas.** Achei isso o fim da picada. Como um professor fala isso? Não estou entendendo (...) o conhecimento tem de ser passado! Por que eu devo reter o conhecimento? Porque ele pode pegar o meu emprego (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).*

Ao longo do tempo, o capital tem desconstruído esses sentimentos de proximidade e de corporação. Vê-se, nas palavras do Enfermeiro, que a própria formação vem orientando essa competitividade. O estímulo da concorrência e uma sociedade baseada em méritos promovem a perda dos laços coletivos e do pertencimento de uma vida compartilhada e de um ambiente

no qual uma experiência de trabalho permite laços humanos e o autorreconhecimento. Afinal, o modelo atual está baseado no individualismo e nos apelos ao consumo, ou seja, há um consumismo alienante, que desencadeia uma sujeição a condições de trabalho mais instáveis, inseguras e mal pagas (VIZZACCARO-AMARAL; MATOS; ALVES; 2011).

Embora os narradores tivessem consciência de que a coletividade poderia proporcionar maior espaço político e institucional, a maioria desconhecia as atividades dos sindicatos e do próprio conselho. Para eles, tais organizações são distantes da própria realidade e não têm utilidade prática.

Sinceramente, não sei por que os fisioterapeutas não se unem. Já tentamos fazer reuniões, mas os profissionais não foram (FISIOTERAPEUTA, 2019).

A Fisioterapeuta aponta a inviabilidade de aglutinação do próprio grupo, que, em meio ao seu cotidiano, não percebe a necessidade de se articular e estar junto, lutando por seus interesses comuns. Ela fala de seu grupo, mas parece que tais características não estão presentes apenas entre os fisioterapeutas, como demonstra a Fonoaudióloga, a seguir.

*Existe cooperação e competição entre as fonoaudiólogas. Estas situações coexistem e dependem do caráter de cada profissional. Como eu posso dizer? Você percebe que a competição e a rivalidade vêm da pessoa mesmo. **Ela é assim, quer ser melhor.** É desse jeito com todo mundo, na família, com os amigos e na carreira profissional. Tenho experiências assim na minha vida (FONOAUDIÓLOGA, 2019, grifos nossos).*

O ser melhor, como pontuado, representa, na sociedade atual, a busca e está alinhado a uma ideologia que difunde um sistema de recompensa baseado no mérito pessoal. Existe um caráter ilusório e manipulatório dessa ideologia, que sustenta as relações de poder dentro de um determinado contexto histórico a partir de uma construção simbólica, que orienta o discurso gerencialista. Há a divulgação de um sistema de crenças que modelam o comportamento sob uma aparência racional e objetiva de um sistema de práticas utilitaristas, que objetivam o ganho financeiro organizacional por meio da dedicação e do maior esforço de seus trabalhadores (BÉHAR, 2019).

Corroborando com esse discurso ideológico, o Enfermeiro alega que a competição é natural e faz parte de um sistema positivo. Contudo, fica explícito que não é mais necessária a vigilância permanente de sua supervisão imediata, são os “próprios colegas” de trabalho que passam a observar as ações e condutas institucionais.

*Competição é bacana ter, mas tem que ser algo justo. A competição desleal acontece, quando **um colega vê alguma coisa errada**, e logo já faz um memorando para a coordenação. Acaba virando um balaio de gato (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).*

Pensando sob a perspectiva de Han (2019), a ausência de questionamento e resistência, impele a uma das formas mais poderosas do “Poder Silencioso”, quando o sujeito acredita que sua decisão corresponde a sua livre-vontade, sem qualquer objeção.

A opinião de que o poder exclui a liberdade se mantém de modo insistente, todavia. Mas esse não é o caso. O poder do *ego* alcança seu máximo justamente quando o *alter* obedece a sua vontade a partir da sua própria vontade. O *ego* se impõe ao *alter*. O *poder livre* não é um oxímoro. Ele significa: o *alter* obedece em liberdade o *ego*. Quem quiser alcançar um poder absoluto deverá fazer uso não da violência, mas da liberdade do outro (HAN, 2019, p. 16)

Assim, de forma inconsciente e construída socialmente, a competitividade e a meritocracia permitem a vigilância entre os pares, formatando uma rede complexa de poder, que se constroi do macro para o micro e permeia as relações interprofissionais, ocultando suas reais formas de dominação, permitindo uma adesão obediente desses profissionais ao sistema burocrático, que dispersa o seu poder estrutural.

Por outro lado, para alguns autores marxistas, os profissionais podem ocupar posições contraditórias de classe. Afinal, o controle sobre habilidades, principalmente quando institucionalizadas sob a forma de credenciais, constitui um recurso para a exploração (DINIZ, 2001). Observe-se que o Enfermeiro alega que a faculdade já ensinava sobre o controle do saber e da habilidade, pois o conhecimento pode propiciar uma posição estratégica dentro de uma relação de poder. É como se a educação fosse uma pseudoetnia, pois envolve a imposição de uma determinada cultura, que estabelece requisito de trabalho em seu próprio benefício e discrimina aqueles que não usam um determinado vocabulário e se submetem aos ideais tecnicistas (MURPHY, 1984). Afinal, não é toda a população que tem acesso ao treinamento necessário para adquirir determinada habilidade e existem mecanismos de criar uma escassez artificial. Isso advém do processo de criação de novas escolas para formação profissional, assim como dos custos elevados para a profissionalização, que dificulta o acesso dos menos privilegiados (DINIZ, 2001).

Em contrapartida, quando o acesso a essa credencial é facilitado, há uma conseqüente desvalorização do trabalho e torna mais fácil o processo de dominação dentro das estruturas burocráticas, tal como um hospital. Isso pode ser percebido na fala do Enfermeiro, quando sugere que a posição atual do profissional enfermeiro na organização do trabalho é devido a grande oferta de profissionais, que diminui seu prestígio e seu valor no mercado de serviços.

A escassez é uma ferramenta que controla o mercado de profissionais e constitui um dos mecanismos que permite o fechamento de um grupo social (DINIZ, 2001).

Pois é como dizem: quanto maior a oferta, menor o valor. Tem muito enfermeiro no mercado. Se você jogar um laço, vêm uns trezentos. Todavia, qual a capacitação desse profissional? (ENFERMEIRO, 2019).

Porém, vale ressaltar que, dentro das sociedades, há outras formas de exclusão e que podem ser baseadas na raça, na religião ou no gênero. Todas elas convivem no capitalismo contemporâneo e não foram necessariamente esquecidas. Além disso, é incorreto afirmar que a educação é o elemento mais importante, ou “garantidor”, para fazer parte de uma classe privilegiada (BOURDIEU, 2001).

Pode existir uma defasagem entre capital escolar e capital cultural, pois um mesmo diploma pode refletir anos de escolarização desiguais. Além disso, precisam ser correlacionados o capital econômico, o cultural e o social. Em outras palavras, de acordo com a origem social, uma mesma credencial pode resultar em relações diferentes com a cultura e na maneira de como se utiliza o saber.

Se o mesmo volume de capital escolar, como capital cultural garantido, pode corresponder a volumes diferentes de capital cultural socialmente rentável é porque, em primeiro lugar, a instituição escolar que, tendo o monopólio da certificação, administra a conversão do capital cultural herdado em capital escolar, não tem o monopólio da produção do capital cultural: ela atribui, quase completamente, sua sanção ao capital herdado (efeito de conversão desigual do capital cultural herdado) porque, segundo os momentos e, no mesmo momento, segundo os níveis e os setores, sua exigência reduz-se, quase completamente, aos que trazem os “herdeiros” e porque reconhece maior ou menor valor a outras espécies de capital incorporado e as outras disposições – tais como a docilidade em relação a própria instituição (BOURDIEU; 2017, p. 78)

Note-se que na narrativa do Médico é possível perceber a influência da origem social, os conselhos paternos sobre a necessidade de especialização para garantia do prestígio social dentro da própria classe assim como a relação contraditória com seu papel de professor. Novamente, demonstrando uma hierarquia dos saberes.

Minha trajetória e interesse pela medicina começou quando era criança e acompanhava o trabalho do meu pai. Ele era médico cirurgião, e atualmente abandonou a profissão. Aos domingos, acompanhava junto com ele as visitas aos pacientes. Lembro me perfeitamente, na parte da manhã, passávamos nos leitos e dava alta aos pacientes. Acompanhava também os procedimentos. Acho que isso que me despertou o interesse para esta profissão. Quando me perguntavam quando criança o que eu ia fazer, a resposta era automática: vou fazer medicina. Enfim, depois comecei a estudar em um cursinho pré-vestibular. Nesta época, era muito jovem e imaturo para entender a seriedade dessa decisão. Então, não passei na primeira vez... Na verdade, frequentava as aulas, porém não estudava como deveria (MÉDICO, 2019).

Na verdade, a educação por si só, raramente, permite o acesso às classes mais elevadas e hierarquicamente privilegiadas. Os proprietários dos meios de produção são os que determinam o valor e a natureza das credenciais necessárias para cargos e, dessa forma, estrutura a própria natureza dos grupos de credenciais (MURPHY, 1984).

Nesse contexto, é possível afirmar, como Bourdieu e Champagne (2008, p. 483), que a “instituição escolar é vista cada vez mais, tanto pelas famílias como pelos próprios alunos, como um engodo e fonte de uma imensa decepção coletiva: uma espécie de terra prometida, sempre igual no horizonte, que recua à medida que nos aproximamos dela”. Portanto, muito mais que o diploma, a hierarquia profissional está relacionada a uma construção social do prestígio, que envolve diferentes tipos de capitais, não somente o capital econômico.

A própria história da medicina é um exemplo disso, pois ela passa a ser valorizada a partir da preocupação com a saúde dos trabalhadores e com a garantia dos resultados produtivos. Portanto, houve uma convergência de interesses que possibilitou que o Estado direcionasse esforços estabelecendo direitos e deveres sobre a saúde dos indivíduos (FOUCAULT, 2018).

A política de saúde do século XIX foi marcada pela família medicalizada-medicalizante, também por intervenções autoritárias do poder na ordem da higiene e das doenças assim como a institucionalização e a defesa da relação privada com o médico (FOUCAULT, 2018). De fato, na fala do Psicólogo, percebe-se que, mesmo hoje, a família é medicalizada-medicalizante, já que, para ele, o que acontece dentro da instituição é um reflexo de como a sociedade se comporta fora dela.

Além disso, o hospital reproduz o externo, em que o macro no interno torna-se micro, afinal, como propõe Foucault (2018), as instituições são mecanismos de difusão do sistema de poder.

*Muitos falam, este caso é para psiquiatra, logo tem que medicar. Quando estudamos a clínica a rigor, percebe-se que isso é apenas controlar o sintoma. Não é resolver a causa da doença. **Essas ideias permeiam o hospital, por que somos aqui o reflexo do que somos fora?** Nesse sentido, não há uma divisão nítida do ser humano. Além disso, dentro do hospital, tem essa **coisa vertical que é o poder do saber médico**. Na prática, sabemos que quem cuida são as enfermeiras e o meu maior contato é com elas. Os médicos, para te falar a verdade, tenho contato com cerca de três, que são acessíveis para discutir algum caso (PSICÓLOGO, 2019, grifos nossos).*

Dessa forma, há uma dominação social subjacente presente nas instituições que permite o modo de funcionamento burocrático de um hospital moderno, influenciado pelos mecanismos de gerenciamento industrial. Afinal, as hierarquias são percebidas na fala dos colaboradores

assim como uma preocupação constante com o desempenho e com a produção de serviço, tais como resultados práticos, como atendimento e recuperação do cliente-paciente.

Os monopólios e as disputas de espaço estão presentes, e cada indivíduo relata, na sua trajetória, a delimitação conquistada de cada grupo. Claramente, cada indivíduo indica uma busca por uma posição mais privilegiada e legítima dentro da divisão do trabalho e dentro de seus grupos.

Além disso, a percepção da dominação, muitas vezes, passa mascarada por um ato legítimo de governança, que se baseia na autoridade científica e na ideologia do gerencialismo das burocracias. Existe uma aceitação racional do médico como detentor do saber e consequente autoridade, deixando este ator social na centralidade das ações, como aquele que conhece mais e detém maior credibilidade científica. Por isso, a ele é atribuída, naturalmente, a decisão final sobre uma determinada conduta terapêutica. Todavia, há uma convergência de ações administrativas, que direciona as tomadas de decisões frente à necessidade produtiva, que, por sua vez, também influencia e pressiona o próprio médico e os demais profissionais.

Já em relação aos profissionais da saúde, quem mais influencia no meu processo de trabalho são os médicos. Afinal, dentro da área hospitalar, existe uma concepção de que o médico é um cliente e tudo deve ser feito para agradá-lo. Na prática, você direciona as demais frentes de acordo com a necessidade do médico. É um jogo em que se busca um equilíbrio da balança financeira, para que seja sustentável, mas tudo é pautado na satisfação do profissional médico (GESTOR, 2019).

Portanto, em conformidade com Murphy (1984), há uma dominação central, que, no caso estudado, é a própria relação com o capital e a instituição de saúde. Embora, os interesses econômicos estejam mascarados pelo cotidiano, as falas retratam que a determinação do preço e o valor atribuído aos serviços profissionais estão condicionados com a construção social de uma determinada profissão e, claro, com sua relação atual com o mercado.

Nos discursos, as instituições detentoras de maior poder econômico e que, por sua vez, direcionam as regras no mercado de saúde, participam como protagonistas secundários, mas, em si, são os principais responsáveis pelo aumento ou pela diminuição do prestígio profissional. Os planos de saúde podem determinar o valor monetário de um serviço profissional, assim como o próprio hospital estabelece qual o lugar de cada grupo dentro da cadeia produtiva.

É preciso refletir que a instituição estudada é fundada sob uma complexa hierarquia, característica de organizações administradas por religiosos, que representam séculos de estruturação dentro das cadeias de poder social. Ademais, é a própria burocracia eclesiástica

que controla e estabelece a divisão interna da cadeia de comando, delimitando os e as funções e suas respectivas credenciais.

Interessante que tal “entidade de civil, de assistência social e de fins não lucrativos” não é citada diretamente nas narrativas, mesmo por aqueles colaboradores que estão subordinados diretamente à cadeia de comando, tais como a Farmacêutica, o Gestor, o Enfermeiro e o Psicólogo. Estes colaboradores estão submetidos a um regime de controle burocrático-assalariado, que exige pleno respeito às normas e às condicionantes socioinstitucionais. Basicamente, são executores das decisões tomadas nas altas escalas de comando, enquanto a Fisioterapeuta e a Fonoaudióloga gozam de um “semiliberdade” decorrente da flexibilização das leis trabalhistas. Ora, o que existe, nestes casos, é uma autonomia controlada ou aprisionada (VIZZACCARO-AMARAL; MOTA; ALVES, 2011), ou seja, há uma ilusão de liberdade, tendo em vista que estas trabalhadoras normalmente são condicionadas ao trabalho com jornadas maiores e intensas. Ganha-se pelo volume de pacientes atendidos, portanto há uma evidente desvantagem ao profissional.

Essa perda de autonomia e o conseqüente assalariamento podem ser considerados como uma “proletarização dos profissionais” ou como uma “desprofissionalização”. Abbott (1988) argumenta que isso é um processo de degradação recente do trabalho, sendo que essa precarização acaba também por dividir explicitamente os grupos. Embora o valor da hora trabalhada do médico, em relação aos demais profissionais, seja superior, conforme pontuado nas narrativas, este colaborador também tem ciência de que existe uma necessidade de se trabalhar frente a uma demanda, especialmente quando se pensa dentro do Sistema Único de Saúde.

A questão salarial é complexa. Afinal, quando se fala em hora trabalhada, com certeza o consultório é muito mais vantajoso. Não sei dizer a porcentagem com exatidão, mas sei que é muito mais vantajoso. Infelizmente no SUS, o médico que deseja ganhar razoavelmente tem que ter um volume considerável. Então, no volume, o salário fica interessante. Nesta instituição, tenho um bom suporte e há um diferencial para o profissional oftalmologista. Ganhamos um pouco mais do que um clínico e nosso exame demora menos, então, isso não é uma valorização? Para mim, isto é (MÉDICO, 2019).

Em contrapartida, os profissionais que prestam seu serviço de forma liberal, ou seja, sem o intermédio do Estado ou outra instituição, também estão sujeitos a uma disposição do corpo social. Observe-se que, da mesma maneira que a elite atribui valor a uma obra de arte (BOURDIEU, 2017), há uma disposição para comprar um determinado serviço e valorizá-lo.

Não se pode pensar que o fechamento social é decorrente apenas de modelos de exclusão baseados nas instituições de propriedade (estas que limitam o acesso aos meios e aos frutos da

produção) e nos sistemas de qualificações acadêmicas (MURPHY, 1984). Uma visão simplista pode obscurecer as vantagens imensamente diferentes que se acumulam nas credenciais, na propriedade e nas desigualdades de poder presentes no mundo contemporâneo.

4.6 As ramificações do poder profissional

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

Além do mais, os requisitos de aprendizagem para a entrada na aristocracia trabalhista são estabelecidos pelos empregadores e beneficiam aqueles que normalmente já exercem o poder. O mesmo se aplica às barreiras de exclusão e à divisão do mercado de trabalho com base na raça, na etnia, na religião e no sexo, que passam a ser secundárias à forma principal (MURPHY, 1984)

Dito de outra forma, a elite tem a força de estabelecer as regras de exclusão, sendo geralmente seu beneficiário primário das normas que estipulam. Assim, o conceito de fechamento duplo examina o problema de como diferentes regras de exclusão estão relacionadas e podem ser congruentes (MURPHY, 1984).

Dentro do mercado de saúde, não é diferente. Afinal, a saúde no Brasil é marcada por contradições, que foram acirradas com o processo da globalização, pois o complexo médico-industrial é um dos polos mais ativos do capitalismo contemporâneo, influenciando o modo de pensar a saúde como uma mercadoria e um setor de lucro. Portanto, o SUS enfrenta desafios em um país com uma enorme desigualdade social, especialmente quando há um Estado voltado para os interesses do mercado, levando, inclusive, ao aumento da prestação de serviços privados em saúde (ELIAS, 2004).

Nota-se que a competitividade e a lógica de mercado influenciam os profissionais de saúde, como foi apontado neste estudo, à medida que os narradores tentavam delimitar o seu espaço e sua posição hierárquica, conseguindo o melhor preço durante a venda de seu serviço e buscando vantagens simbólicas durante o exercício da ocupação.

Todavia, o próprio hospital se torna um elemento fundamental do capitalismo e do espaço urbano. Nesse local, tudo pode ser medido e controlado, permitindo que este se torne

uma espécie de máquina de curar por meio de estratégias terapêuticas sistematizadas, nas quais há uma presença constante e o privilégio hierárquico dos médicos. Aliás, os cuidados em domicílio deixaram de ser viáveis por razões que são tanto econômicas quanto médicas, já que a institucionalização da doença – a hospitalização – foi estimulada e mercantilizada. Entretanto, esse espaço somente deve receber os doentes por meio de parecer e de requerimento dos médicos (FOUCAULT, 2018).

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

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

Foi observado que, mesmo agora, em todas as narrativas, os profissionais de farmácia, de fonoaudiologia, de enfermagem, de fisioterapia e de psicologia quase não se referiam aos profissionais não-médicos. Em contrapartida, os profissionais da enfermagem estavam presentes em todas as entrevistas. Infere-se, a partir dessa constatação, que o hospital moderno ainda conserva muito de sua estrutura de dominação dos séculos anteriores.

Contudo, o que chama a atenção é um novo poder gerencial que está presente nas narrativas, exceto o do Enfermeiro. Esse poder administrativo foi abordado muitas vezes de forma sutil, mas persistente. Sua figura não aparece como central, mas sua importância é incontestável e paira sobre todos os fazeres, inclusive os do médico. Isto demonstra a capacidade de reestruturação de mercado, que se molda aos interesses econômicos contemporâneos.

Tabela 4: Referências a outras profissões por categoria

Colaboradores	Medicina	Enfermagem	Farmácia	Fisioterapia	Nutrição	Psicologia	Administração	Fonoaudiologia	Outros
Enfermeiro	10	----	2	2	2	1	0	0	3
Psicólogo	10	5	0	1	2	----	3	0	2
Fisioterapeuta	32	18	2	----	2	4	3	1	1
Médico	----	1	1	0	0	0	2	0	1
Gestor	2	----	0	0	0	0	----	0	0
Fonaudióloga	15	1	0	1	2	2	2	0	2
Farmacêutica	10	4	----	1	1	0	0	0	0
Total	79	29	5	5	9	7	10	1	9

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2019.

Nesse sentido, estabelecem-se três principais relações de poder entre os colaboradores estudados:

- a) Poder-Gerencial, decorrente da burocracia institucional;
- b) Poder-Saber, decorrente da autoridade do saber científico e do conhecimento especializado;
- c) Poder-Cultural, decorrente do capital cultural acumulado.

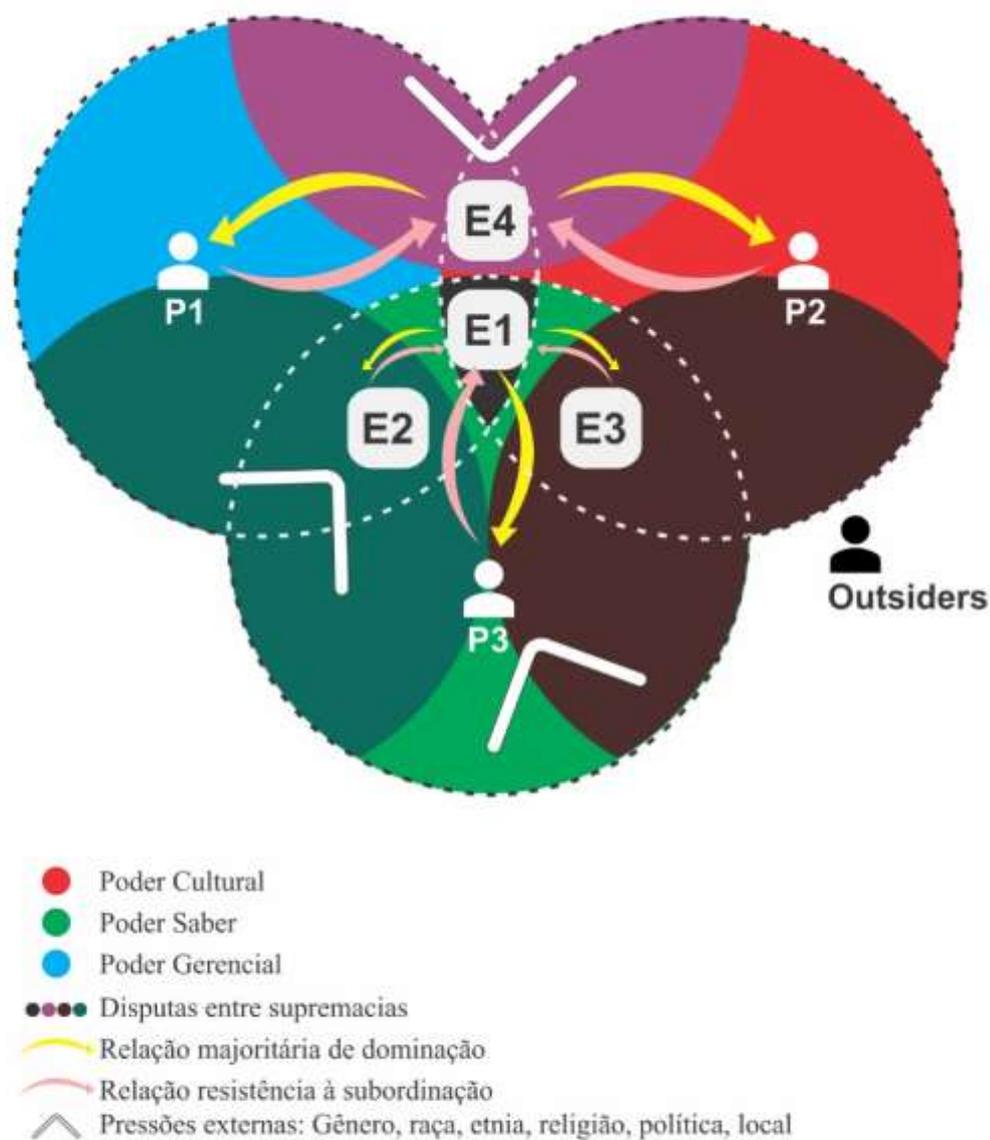
A elite profissional, representada pela letra E na figura 4, está na intersecção dessas forças e, de fato, representa vantagens superiores a um determinado indivíduo que ocupa outro espaço. Contudo, as fronteiras não são bem definidas, pois um sujeito pode migrar de uma condição mais ou menos favorável, dependendo das circunstâncias da época ou do local.

Isso significa, por exemplo, que um diretor de um hospital pode ocupar uma posição de maior privilégio e *status* no espaço burocrático, contudo poderá ter sua força contestada ou reduzida em outro ambiente. Por isso, os cargos considerados de liderança podem proporcionar mais do que um ganho real financeiro, ou seja, permitem um “lucro” simbólico.

Contudo, de uma maneira geral, acho que o negativo é que o poder sobe à cabeça e, se você não trabalhar isto no dia a dia, esquecemos o lado positivo muito fácil. Afinal, é muito fácil você se acostumar com um cargo de liderança e esquecer a sua própria história (GESTOR, 2019).

Outros fatores, como a construção social local da profissão, a raça, a religião e questões macroeconômicas influenciam na posição atual do indivíduo e, conseqüentemente, no aumento ou na diminuição da sua força social. A seta ora é maior ou menor, pois uma mulher, negra, mesmo graduada, enfrentará diferentes desafios na conquista de um determinado espaço. De fato, em capítulos anteriores, já foi demonstrado como a valorização do trabalho pode variar segundo a história e a etnia do narrador.

Figura 4 – Relação entre os diferentes tipos de poder ¹³



Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2020 .

¹³ A letra (P) e (E) representam pessoas que podem apresentar diferentes forças e interagem entre si no cotidiano. Observe que os círculos são pontilhados e denotam a capacidade de migração de um determinado ator. Os *outsiders* representam pessoas que não estão inseridas no âmbito institucional ou ligadas a grupos profissionais. A capacidade de mobilidade irá depender do cenário da acumulação de privilégios ao longo da vida profissional, como conquista de cargos, credenciais ou capital-cultural.

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

4.6.1 O domínio pela venda do serviço especializado

O poder-saber não deve ser entendido somente como conhecimento propriamente dito, mas também como a capacidade de o agente se tornar importante para o processo produtivo por meio da alta especialização. As narrativas demonstram a necessidade de reconhecimento desta competência. Portanto, é muito mais do que a acumulação de capital escolar, mas, sobretudo, é a garantia de um conhecimento especializado, capaz de se tornar útil frente ao processo produtivo.

Isso porque, no capitalismo contemporâneo, um indivíduo se traduz em valor econômico pelo seu “talento”, oriundo da sua educação formal. Contudo, em um mundo no qual existe uma “oferta global de mão-de-obra” (SENNETT, 2016), tornar-se imprescindível ao processo produtivo permite um *status* frente aos demais trabalhadores considerados dispensáveis.

Embora existam muitos “talentos baratos” ou mal remunerados (SENNETT, 2016), a administração científica enfatiza a necessidade de considerar o fator conhecido como capital humano. Aliás, tal capital se torna estratégico na sociedade do conhecimento, pois permite uma diferença competitiva entre as empresas e constitui fonte de riqueza à medida que aumenta o valor do produto do esforço humano, fortalecendo vantagens comerciais e maximizando os lucros (PONCHIROLI, 2000).

Tal condição pode conduzir-nos a questionar a perspectiva do “capital humano”, visto que este é, nas palavras de Galdêncio Frigotto (2007, p. 92, grifos do autor) “expressão de um conjunto de elementos adquiridos, produzidos e que, uma vez adquiridos, *geram a ampliação da capacidade de trabalho* e, portanto, maior produtividade”.

Assim, pode-se entender como a enfermagem se faz presente em todas as narrativas neste trabalho, por se constituir o grupo de profissionais “mais produtivo” no hospital. Seja por deter o maior número de profissionais, seja por estabelecer um vínculo maior com o cliente, devido a sua presença constante e histórica dentro do hospital.

Indagam o porquê de a enfermagem ter determinados benefícios e os profissionais da fisioterapia, não. Sei que a enfermagem é um pouco difícil de lidar, mas até o sócio entender a diferença entre os regimes. Antigamente, isso me magoava mais. Hoje, não. Já sei contornar essas situações. Já fui do assistencial e realmente há muita diferença de tratamento entre as equipes (FISIOTERAPEUTA, 2019).

O que se percebe é que o capital humano não envolve apenas a educação, mas também o conhecimento acumulado, considerado um elemento fundamental para que a organização consiga sucesso econômico. Assim, existem políticas instrucionais, com o objetivo de melhorar a “eficiência produtiva”, que implementam políticas de valorização do capital humano, por meio de vantagens e de remuneração diferenciadas (PONCHIROLI, 2000).

Na realidade, quanto maior for a importância no processo produtivo, maior será o poder desse profissional, que contará com vantagens particulares em relação aos demais.

O médico, por sua vez, representa uma fonte de riqueza no âmbito hospitalar, especialmente quando se pensa na atividade econômica, tal como propõe Foucault (2018) sobre a “indústria da cura”. Porém, o médico exerce o domínio, já que está no centro das intersecções, mas é importante compreender que ele não é autossuficiente na geração de seu próprio poder. Aliás, como percebido neste estudo, o poder é um estado no tempo e depende de uma dinâmica complexa. É perceptível, portanto, que ele é um instrumento, um mecanismo econômico de geração de riqueza para o hospital e para as suas relações comerciais.

De qualquer forma, o processo de decisão é dinâmico. Existe influencia e o ponto central está nesta palavra: equilíbrio. Meu processo de decisão não é estático. Afinal, estamos jogando em um “time”. Existe um capitão e, se a parte administrativa-financeira diz que determinada ação deve ser feita de uma forma, vou entender, analisar o que está sendo pedido e, sem prejuízo ao paciente, irei acatar. Então, você deve ser articulador. Afinal, temos de andar juntos com aqueles que estão financiando, sem fazer mal ao paciente. Assim, se estabelece um equilíbrio. Não tive problemas com isso. Em alguns momentos, a decisão pesa para um lado, ora para outro, contudo o médico deve saber lidar com esses dois fatores (MÉDICO, 2019, grifos nossos).

É possível interpretar que o dono do “time” é o empregador, seja este representado pelo Estado ou ainda pelo diretor que representa uma instituição. Já o médico é o artilheiro, ou seja, é visto como um atacante essencial ao processo produtivo. O capitão é o gerenciador, que direciona a estratégia para que os objetivos financeiros sejam atingidos e, por fim, os demais jogadores devem estar presentes para que a partida aconteça.

Em resumo, os narradores, ao longo de suas trajetórias, buscam se fazer necessários ao jogo, conforme sugerido pela metáfora acima. Assim, as relações de poder são dinâmicas e se inter-relacionam de forma intrincada.

4.6.2 A naturalização da obediência pela superioridade do saber

Existe uma genealogia deste poder-saber que deve ser analisada a partir das táticas de poder. Parte-se, então, de uma noção de um dispositivo, que engloba discursos, instituições, organizações, leis, ações administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas e normas morais. Na verdade, existe uma supremacia de uma ciência sobre outra, legitimadas a partir desses dispositivos (FOUCAULT, 2018).

Como se pode observar na narrativa do Psicólogo, a qual corrobora a perspectiva de legitimação do poder-saber pela sociedade, há uma sujeição disciplinada a uma espécie de conhecimento maior, constituindo-se quase uma crença coletiva de que a medicina detém uma autoridade nata sobre os processos de trabalho em saúde devido ao seu longo processo de credencialismo e de consolidação de conhecimento científico.

Portanto, não são todos os profissionais que aceitam. Nós sabemos que esta questão do poder baseada no saber médico é muito forte. Então, se o médico decidir que ele não irá fazer. Ele não vai fazer. Não tem essa de questionar, porque a caneta final é dele no final das contas (PSICÓLOGO, 2019).

Em outras palavras, a medicina tem uma longa história dentro dos aparatos de poder, pois o profissional médico assumiu papéis políticos e atuou como programador de uma sociedade bem administrada. Os médicos eram conselheiros e peritos, dentro de uma função higienista. Portanto, foi muito mais do que o prestígio de terapeuta que assegurou posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la economicamente e socialmente no século XIX. Os médicos detêm a incumbência de educar os indivíduos, sobretudo sobre as regras fundamentais de higiene, que estes devem respeitar em benefício da própria saúde e da saúde dos outros. Logo, houve uma construção moral da medicina, que influencia e molda o corpo social até os dias de hoje (FOUCAULT, 2018).

Ademais, o próprio hospital é um local de acumulação e de desenvolvimento do saber (FOUCAULT, 2018) e, como visto na revisão de literatura, os profissionais de saúde têm identidades voltadas para o aspecto prático do cuidado em saúde, modelo que ainda persiste no Brasil.

Tais características corroboram a sustentação de uma autoridade do saber científico e especializado, pois alguns colaboradores associavam o domínio do saber a uma concessão, a uma posição de superioridade pessoal e profissional.

*É difícil falar sobre uma pessoa de autoridade. Na verdade, uma pessoa de autoridade não tem só técnica. **O conhecimento é necessário.** Esta pessoa*

deve saber do que se fala, o que se pede, o que se cobra. Afinal, tecnicamente, quem não sabe ler e escrever pode aprender. Qualquer um aprende. Então, uma pessoa com autoridade deve ter um bom relacionamento interpessoal, saber dar um feedback para um funcionário (ENFERMEIRO, 2019, grifos nossos).

O Gestor, por sua vez, defende que a autoridade está relacionada à habilidade “natural” de conduzir os outros, entretanto fica nítida a importância do saber, quando este se refere ao domínio da “fala”.

Contudo, para mim, a autoridade está mais ligada ao domínio natural daquilo que se fala. Pessoalmente, ela não está ligada ao cargo, mas necessariamente sobre você saber do que fala e saber também se posicionar. Muitas pessoas têm papel e cargo de liderança, mas não sabem se posicionar de forma adequada. Já outras não têm o cargo, mas sabem se posicionar e liderar de uma forma natural (GESTOR, 2019).

Esse discurso promove uma disciplinarização com pouca resistência, afinal é “tocar o outro” e “afetar” uma pessoa, ou seja, direcioná-la a um objetivo.

Pensando em uma situação ideal, acho que autoridade tem um pouco a ver com você conseguir que a pessoa se toque pelo seu discurso. É quando você está em uma posição que afeta a outra pessoa. Então, no hospital não acho que o saber da psicologia tem autoridade. Muitas vezes, este conhecimento é negligenciado. Entendido como uma conversa (PSICÓLOGO, 2019).

Por outro lado, a Farmacêutica entende a importância dos cargos para a obtenção da “autoridade funcional”, contudo ela mesma sugere que este saber pode ser conquistado com o tempo, dentro de um contexto setorial.

Nota-se, aqui, a cisão entre a autoridade ligada à burocracia e a autoridade pessoal, ou seja, muitas vezes um trabalhador executa suas atividades conforme a vontade de seus superiores, mas as realiza por acreditar que estes são figuras moralmente exemplares (SENNETT, 2016).

*Entendo por autoridade aquela pessoa que é referência de um processo. Percebo pelos plantonistas, pois sempre estou com eles. Chamo a atenção, corrijo alguma coisa. Contudo, **quando a coordenação ou a gerência falam, o negócio é diferente. As pequenas coisas são para o farmacêutico, já para algo maior a referência passa a ser meus superiores, ou seja, a autoridade. Acho que o cargo, você tem mais função ativa de decidir.** A enfermagem não aceita o que um auxiliar fala, não se importa. Contudo, quando é um farmacêutico, aceita. Dessa forma, um auxiliar que tem um cargo menor que o enfermeiro não consegue ser ouvido. Entretanto, além do cargo formal, as pessoas também levam em consideração o tempo que elas estão trabalhando aqui e o quanto se sabe do processo como um todo. Essas pessoas são mais respeitadas do que uma pessoa mais nova que tenha um cargo, por exemplo (FARMACÊUTICA, 2019, grifos nossos).*

Em contrapartida, nem todos os narradores entendem o exercício desse tipo de poder como benéfico. Mesmo quando a autoridade é entendida como uma medida de obediência voluntária, pode coexistir uma relação conflituosa em que a autoridade pode ser temida e, ao mesmo tempo, necessária. Afinal, no contexto social, existem vínculos originados da rejeição a figuras de autoridade, criando uma espécie de dependência psicológica, permitindo o controle sobre aqueles que, à primeira vista, parecem se rebelar. Nesse sentido, a desobediência não pode ser confundida com autonomia, já que ainda existe uma relação de dependência entre o dominador e o subalterno, pois aquele que está no comando passa a ser um ponto de referência (SENNETT, 2016).

*Acho que autoridade não está ligada necessariamente ao poder de decisão, ou seja, a pessoa não precisa ser 100% decisiva. Ela deve considerar a opinião dos outros, ouvir outro profissional e não precisa ser tão incisivo. Não precisa: “sou eu que mando aqui, mesmo que não tenha gostado”. Por mais que se tenha poder, **a palavra final não precisa ser sua**. Muitas vezes, já escutei: “Vou fazer desta forma e pronto!” “Acabou!” (FISIOTERAPEUTA, 2019, grifos nossos).*

Dessa forma, os indivíduos ficam sob pressões conflitantes e passam a atribuir significados diferentes à palavra autoridade, passando de atos de mandar e obedecer para medidas administrativas de estratégias de influência e liderança.

Embora haja uma necessidade humana da autoridade, há uma negação e um medo moderno da autoridade como uma ameaça à liberdade (SENNETT, 2016). Há, nesse sentido, uma confusão comum entre autoridade e autoritarismo, entretanto este último é associado àquele que adota uma atitude dominadora e hostil em relação àqueles percebidos como inferiores. Além disso, o autoritarismo é associado a um sistema de valores muito convencional no qual "certo" e "errado" são demarcados sem ambiguidades e grupos desviantes ou minoritários são abertamente derogados (BROWN, 1996).

Entretanto, autoridade para mim é diferente. É uma pessoa que não escuta outras opiniões. Essa é a verdade e o que vem a minha cabeça quando se fala sobre o assunto. Afinal, o que é uma pessoa autoritária? É aquela que não escuta ninguém e que toma as decisões que são melhores para ela. Enfim, acho que falei tudo! (MÉDICO, 2019).

Esse tipo de poder autoritário é pouco eficaz e pouco produtivo, pois, como aponta Foucault (2018), em espaços nos quais há poder autoritário, há resistência e, quando a violência é muito grande, há revolta. Por isso, as técnicas do poder se transformaram para uma forma de interiorização, em que existe um processo contínuo para diminuir a desobediência.

Em resumo, a autoridade foi transformada em liderança, e os profissionais que detêm o saber foram naturalizados como superiores, assim há um processo disciplinante constante e

permanente, em que os profissionais não percebem o exercício de um poder que gera obediência àqueles que estão no centro da intersecção dos poderes apresentado neste trabalho.

4.6.3 O poder silencioso da instituição de saúde

As instituições são o meio pelo qual o poder se exerce, além disso a “verdade”, muitas vezes centrada dentro de um discurso científico, é difundida por meio desses locais (FOUCAULT, 2018). Tal situação não é diferente no hospital estudado, administrado por uma organização religiosa sem fins lucrativos.

Anteriormente ao século XVII, o hospital era uma instituição não-médica, já que servia essencialmente como um espaço para assistência aos pobres. Era, sobretudo, uma barreira entre o portador da doença e o mundo social. Portanto, o personagem principal não era o doente que precisava ser curado, mas alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 2018). Com as modificações nas relações de produção e o progresso tecnológico, ocorrem inúmeras transformações nesse espaço, todavia a relação das organizações religiosas e dos hospitais não acabaram, porém transformaram-se no mundo contemporâneo.

Afinal, as organizações religiosas são capazes de influenciar as motivações, os valores, os hábitos, os critérios de tomada de decisão, as formas de comportamento no trabalho e de consumo. Logo, caracterizam-se por uma dimensão econômica que invade o espaço sagrado. Além disso, as burocracias eclesiais podem se assemelhar com o setor empresarial, não escapando à lógica do mercado capitalista. Ademais, estas organizações podem ter alcance mundial, tal como a Igreja Católica Romana (SERAFIM; ALPERSTEDT, 2012).

De fato, as burocracias eclesiais também precisam gerenciar recursos materiais, treinar e controlar pessoas. Buscam expandir e proteger suas fronteiras por meio da criação e do gerenciamento de escolas, de seminários, de hospitais, de organizações de assistência social, de editoras e de ordens missionárias. Essas instituições promovem grande impacto econômico, gerando riquezas que trazem benefícios para todos os seus *stakeholders* (SERAFIM; ALPERSTEDT, 2012).

No hospital estudado, isso foi evidenciado. Existe uma estratégia na escolha dos administradores e uma organização do pessoal em posições hierárquicas bem estabelecidas. Embora os colaboradores não percebam, existe uma disciplina e uma aceitação das regras

estabelecidas, tidas como naturais. A narrativa do Gestor sugerem como estas lideranças formais influenciam no seu processo de tomada de decisão.

Pensando nisso, quem influencia mais as minhas decisões são as pessoas que ocupam cargos formais, pois no fim das contas é o peso da caneta que está na mão de quem tem a posição formal. As lideranças informais podem contribuir para o crescimento e para o enriquecimento do processo, mas a decisão final não está nelas. O poder de decisão está nas mãos dos líderes formais (GESTOR, 2019).

Dito de outra forma, é a própria burocracia eclesiástica no hospital estudado que escolhe quem ocupará os cargos e qual será o nível de decisão dentro da cadeia de comando da empresa de saúde. Essa empresa é um meio no qual se praticam as regras de exclusão estabelecidas dentro da sociedade, como, por exemplo, a exigência de determinadas credenciais educacionais para ocupar uma posição hierárquica na cadeia de comando.

Em conformidade com essa assertiva, Murphy (1984) afirma que as principais regras de exclusão podem advir de diferentes tipos de mobilização de poder, tais como a propriedade privada, ou pelo Estado (especialmente nos países que adotam um regime comunista, a mobilização do poder advém da maior interação dentro do aparato estatal). As regras secundárias são derivadas desta principal e são representadas pelas credenciais etnia, raça, sexo e religião. Por outro lado, a imposição dessas regras é feita por intermédio de meios de poder, tais como meios de produção, meios de destruição etc. De maneira simplificada, tanto os diretores e gerentes de empresas estatais socialistas quanto capitalistas são selecionados de acordo com suas conexões com o partido comunista ou com a burguesia, tendo como critérios as credenciais educacionais.

Tal situação também se nota no mercado em saúde. Neste estudo, as supervisões e gerências são sempre pontuadas como normatizadoras de conduta e de pacificação.

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

Assim, há uma correlação entre a organização e seus indivíduos, à medida que influencia os comportamentos de seus integrantes. Aliás, não é possível dissociar o mercado médico da instituição hospitalar, e vice-versa.

O que o século XVIII mostra, em todo o caso, são duas faces de um mesmo processo: o desenvolvimento de um mercado médico sob a forma de clientelas

privadas, a extensão de uma rede de pessoal que oferece intervenções medicamente qualificadas, o aumento de uma demanda de cuidados por parte dos indivíduos e das famílias, a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, diagnóstico e nas terapêuticas individuais, a exaltação explicitamente moral e científica (secretamente econômica) do “colóquio singular”, em suma, o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política de saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver no nível de suas decisões de conjunto (FOUCAULT, 2018, p.296).

Os poderes legais podem garantir ou negar o acesso aos meios de produção e, conseqüentemente, a distribuição de seus frutos (MURPHY, 1984). Em resumo, é a instituição que determina qual será o lugar daquele profissional e o quanto ele pode participar do processo de decisão.

*Em psicologia organizacional, esta questão da organização do espaço é estudada. Como a instituição **lida com o lugar daquele profissional**. Então é um sintoma. Eu não tenho uma sala receptiva. Qual é o lugar que o hospital dá ao psicólogo? Não me dá. É um sintoma, eu não tenho sala hospitaleira, é um sintoma... qual é o lugar que o hospital dá para o psicólogo? Não me dá! Há uma valorização do tratamento curativo-medicamentoso ou cirúrgico. Não acho que esteja errado. Há uma produção, uma estatística a ser atingida (PSICÓLOGO, 2019, grifos nossos).*

Veja que o Psicólogo, em seu discurso, traz a metáfora da divisão dos espaços. Nesse ponto, não é apenas o lugar físico ao qual se refere, mas também o lugar representa um modo cognitivo de divisão, um espaço simbólico que representa as divisões de poder dentro do hospital.

Na literatura sobre as profissões, as metáforas são empregadas habitualmente, entretanto há, pelo menos, duas principais: uma que compara grupos profissionais a uma hierarquia e outra que as descreve como uma paisagem. A primeira é representada na sociologia das profissões como uma pirâmide. Assim, algumas ocupações estão dispostas no topo, consideradas fortes, tais como advogados e médicos. Já na base, mais ampla, estão outras profissões, como enfermagem e serviço social¹⁴ e, por sua vez, na parte inferior, estão as ocupações mais baixas, relativamente fracas e subordinadas, como encanadores e taxistas (LILJEGREN, 2012). Já a segunda metáfora, trata-se de perceber as profissões em termos de uma paisagem. Existem vários conceitos, como espaço social, campos, territórios, marcos, fronteiras, portões e mapas, apenas para citar alguns. Nessa percepção das profissões, as ocupações têm um território que é isolado de outras por fronteiras. Embora todos esses conceitos sejam importantes, o conceito

¹⁴ No que tange a essas profissões, outras formas de poder e hierarquização podem ser observadas, como a questão de gênero, à medida que estas são profissões majoritariamente femininas.

mais importante na metáfora da paisagem é, sem dúvida, a noção de limite (LILJEGREN, 2012).

Assim, é destes limites que a Psicóloga aborda. Existe uma luta pelos espaços dentro do hospital. Portanto, as demais profissões também buscam definir seu local de atuação a partir do reconhecimento da importância do próprio trabalho. O tempo promove a experiência e o conhecimento das regras institucionais ajuda na conquista da autoridade pessoal.

*Pode ser que isso também esteja ligado a minha dificuldade em manejar direito qual é o meu lugar aqui. Tudo bem, sei que existe uma certa resistência da equipe em aceitar mudança, aceitar um outro ponto de vista. Percebi quando houve a mudança de psicólogo. Ela já estava aqui há cerca de três anos, e de repente, eu entro. Percebi **resistências fortes**. Lógico, existem pessoas “super” abertas, com quem consigo estabelecer parcerias fáceis (PSICÓLOGO, 2019, grifos nossos).*

De fato, a criação de limites cognitivos envolve uma dimensão da caracterização descritiva sobre o que são as diferenças. Ademais, dentro de uma dimensão normativa, as metáforas podem determinar que algumas tarefas ou identidades podem ser melhores ou piores que outras. De fato, a criação de grupos ocupacionais começa com a construção de diferenças nos locais de trabalho, que se transformam em protótipos e que, com o tempo, se desenvolvem em limites mais estabelecidos (LILJEGREN, 2012).

Tal característica também foi percebida no local estudado, pois os grupos formados da instituição buscam força e se utilizam das mais variadas estratégias, tais como:

- a) Número de pessoas;
- b) Prestígio individual e coletivo;
- c) Cargos de liderança;
- d) Tempo de trabalho.

Dessa forma, são estabelecidas as microrrelações de poder interprofissionais. Observe-se que, na narrativa da Psicóloga, existe a busca nas lideranças informais que já estão na instituição a mais tempo para auxiliá-lo nas suas atividades diárias.

As lideranças informais influenciam na minha atividade de trabalho. Pode ficar parecendo que eu tenho um problema com o médico, mas não! Consigo compreender a importância deles dentro da rotina de cuidado. Todavia, eu não tenho muito contato com eles, não consigo ter. Por isso, recorro a um enfermeiro ou a uma coordenadora para poder tratar de alguns assuntos. Às vezes, o próprio técnico de enfermagem que está aqui há muito tempo e conhece todo mundo. Ele consegue me falar dos pacientes, sabe? Ele leva aquilo que eu pontuei para a equipe e consigo, por intermédio dele mudar alguma coisa (PSICÓLOGO, 2019).

Assim, pode-se dizer que o poder representa uma dimensão dupla de ação e reação no seu exercício. É, portanto, um embate de forças em um momento historicamente determinado. E pensando na história dos espaços, é possível compreender a história dos poderes, já que a organização do espaço sempre serviu para alcançar determinados objetivos econômicos-políticos. Por outro lado, os médicos são os especialistas do espaço, pois foram os primeiros administradores do espaço coletivo sob uma perspectiva vigilante e higienista (FOUCAULT, 2018).

Não obstante, as grandes estratégias de poder somente são possíveis quando se encontram em exercício em microrrelações de poder. Mas sempre há também um movimento complexo, que faz com que as estratégias que coordenam as relações de poder produzam efeitos novos e avancem sobre domínios que, até o momento, não estavam concernidos. Além disso, essas relações não são somente de cima para baixo (FOUCAULT, 2018).

Portanto, faz sentido pensar sobre a metáfora da paisagem neste estudo, pois o embate entre as forças interprofissionais não são exatamente de cima para baixo, como em uma pirâmide, em que as forças de dominação são postas em uma hierarquia, segundo a cadeia de comando institucional. Abaixo, o Gestor aborda como essas lutas promovem conflitos e dificultam os processos de tomada de decisão.

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

Todavia, embora se pense neste modelo, não se pode inferir que todos os profissionais têm forças semelhantes. Portanto, é preciso pensar em uma outra metáfora que também incorpore a hierarquia e o espaço social das profissões, pois foi percebida uma relação de poder entre os colaboradores que varia conforme a construção da identidade profissional dentro de um ambiente multifacetado culturalmente.

Na verdade, este estudo procurou fazer uma aglutinação das teorias, todavia talvez a melhor representação ainda seja a proposta pelo médico, de que as relações de poder se estabelecem como em um jogo de futebol, sendo dinâmicas e sempre em movimento. Há, neste exemplo, a menção das hierarquias, pois quem define a posição dos jogadores é o técnico, sendo este escolhido pelo dono do time para dar resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, percebe-se que a valorização profissional detém questões de ordem objetiva e subjetiva. Isso quer dizer que questões mais objetivas, tais como posição hierárquica/cargo, remuneração, tipo de trabalho (manual/intelectual) e participação direta no processo de geração de bens ou serviços são mescladas com questões de interpretação subjetiva que o sujeito tem de si mesmo e do trabalho que realiza. A valorização passa a ser um conjunto elaborado de fatores sociais, individuais e econômicos. Assim, os narradores constroem o sentido de valorização, com base nas próprias identidades e de acordo com a própria trajetória profissional, e associam sentimentos de realização, de conquista e de reconhecimento do grupo local (pessoas próximas, pacientes e organização). As memórias traziam cargas emotivas-afetivas sobre atividade realizada, contudo de forma racional e justificada pelo cuidado assistencial. As narrativas também versaram sobre sentimentos de angústia, frustração, conflitos identitários, além da vivência da precarização do trabalho em saúde.

Embora os profissionais possam ser classificados por grupos de *status*, a maioria não conseguiu definir de forma clara como esses grupos são percebidos e alocados dentro do hospital. Todavia, colocaram o médico como um ator principal, em torno do qual os demais profissionais organizam suas atividades diárias, corroborando os achados na revisão de literatura sobre a história de poder dessa categoria profissional dentro das instituições de saúde.

A autonomia, vinculada com a suposta “liberdade”, foi percebida como um aspecto da valorização e pode ser caracterizada como privilégio adquirido por um determinado grupo profissional. A liberdade, por seu turno, para os narradores, está relacionada com uma menor influência das normas institucionais, tais como flexibilidade de horário, liberdade na escolha de vestimentas e supervisão institucionalizada.

O sentido de autonomia para os colaboradores foi muito mais complexo, já que envolve os processos de fechamento obtidos pelo credenciamento. Nesse contexto, pode-se dividir os sentidos em dois eixos principais: legal/institucional e pessoal. No primeiro, trata-se da autonomia técnica regulada pela própria instituição na forma da atuação de um cargo hierárquico ou do exercício legal da própria profissão. No segundo, no âmbito pessoal, trata-se do acúmulo de um capital cultural, um conhecimento simbólico e especializado, que garante ao agente possuidor uma moralidade e uma autonomia. À medida que o conhecimento especializado se torna mais complexo aos leigos, há um menor questionamento das decisões tomadas. Vale lembrar que não se trata apenas de acumulação de informações, ou mesmo de

anos de estudo, o conhecimento adquirido precisa ser legitimado pela sociedade. Não obstante, questões históricas e culturais moldam o sentido de autonomia e de valorização para os integrantes da equipe multidisciplinar.

As principais relações de poder entre os colaboradores demonstraram-se dinâmicas e não necessariamente verticalizadas. Portanto, há influências de três principais forças, que foram denominadas neste trabalho de Poder-Gerencial, Poder-Saber e Poder-Cultural. A especialização parece fornecer um conteúdo simbólico que garante vantagens de venda do serviço profissional, mesmo entre a classe médica, daí o clínico geral ser visto como subalterno.

Nesse sentido, a ideologia da meritocracia foi constatada nos discursos e promove competição intra e interprofissionais. Todos os colaboradores se dizem responsáveis pela atual posição que ocupam na escala hierárquica, não considerando diferenças de capital cultural acumulado. Dessa forma, buscam, pelo próprio trabalho, alterar sua posição em relação a integrantes da equipe multiprofissional, revelando, inclusive, exacerbado individualismo.

Por outro lado, embora silencioso, o poder da burocracia eclesiástica se demonstrou consistente e estruturada. A participação do clero na administração dos hospitais data do período colonial, todavia, hoje, apresenta-se de uma forma mais empresarial e mercadológica. Os discursos gerenciais e administrativos estão presentes em quase todas as narrativas, mas não há questionamentos sobre a legitimidade desse domínio.

Interessante que muitos narradores apontavam o médico como centro de decisão e de autoridade, mas há relatos sobre a resistência a essa submissão. Assim, será que a influência da instituição é maior do que a autoridade do saber médico? Segundo Han (2019), quando o poder precisa dar mostras de si é porque ele já está enfraquecido.

Infelizmente, não é possível mensurar o “poder” como algo concreto, já que ele está nas relações. Dessa forma, apenas é possível dizer que a consciência da dominação pode mudar as posições em um jogo que é dinâmico.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, A. **The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor**. Chicago: The University Of Chicago Press, 1988. 110 p. Edição do Kindle.
- ALMEIDA, A. L. J; GUIMARÃES, R. B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n. 6, p.82-88, mar. 2009.
- ALVES, A. F. G. A constituição do eu trabalhador. In: SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; , J. B. **Psicologia Social e Pessoalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais ABRAPSO, 2011. p. 192.
- ALVES, G. Trabalho Flexível, Vida Reduzida e Precarização do Homem-que-Trabalha: perspectivas do capitalismo global do século XXI. In: VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; PESTANA, D. M.; ALVES, G. **Trabalho e Saúde: precarização do trabalho e saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTr, 2011. Cap. 01, p. 228.
- ALVES, S. M. P. *et al.* A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 10, p.3043-3050, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
- ANAPH. Portal da Anahp, 2018. Disponível em: <<http://anahp.com.br/institucional-anahp/a-anahp/institucional-anahp>>. Acesso em: 17 set 2018.
- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 39-53, 2014.
- APERIBENSE, P. G. G. S; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 474-482, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO).
- ARAÚJO, K. L. D.; PENA , P. G. L.; FREITAS , M. D. C. S. D. Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2787-2796, 2015.
- BARBOSA, X. D. C. História Oral: como fazer, como pensar. **Oralidades**, São Paulo, v. 3, n. 5, 2009.
- BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BÉHAR, A. H. Meritocracia enquanto ferramenta da ideologia gerencialista na captura da subjetividade e individualização das relações de trabalho: uma reflexão crítica. **Organizações & Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 89, p.249-268, 25 abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO).
- BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 67, p.1197-1207, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>.

BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Ministério da Cultura. **Para uma História do Negro no Brasil**. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, 1988. 64 p.

BORDIEU, P.; CHAMPAGNE, P. Os excluídos do interior. In: BOURDIEU, Pierre (Coord.). **Miséria do Mundo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 481-486

BOURDIEU, P. **A Distinção: crítica social do julgamento**. 2. ed. Porto Alegre: Zouk, 2017. 560 p. Tradução de Daniela Kern e Guilherme J. F. Teixeira.

BOURGEAULT, I. L. Conceptualizing the Social and Political Context of the Health Workforce: Health Professions, the State, and Its Gender Dimensions. **Frontiers in Sociology**, [s.l.], v. 2, p.1-9, 29 nov. 2017. Frontiers Media SA.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943. **Aprova A Consolidação das Leis do Trabalho**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 08 ago. 1943. Seção 1, p. 11937.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Latu Senso - Saiba Mais**. [2017]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/32116>>. Acesso em: 25 dez. 2019

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2828, de 06 de novembro de 2007. **Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME do Sistema Único de Saúde**. Brasília, SP: Diário Oficial da União, 06 nov. 2007. Seção 1, p. 57-57

BRASÍLIA. Receita Federal. Ministério da Economia. **Anexo II - Modelo de Documento de Arrecadação de Receitas Federais (Darf)**. 2019. Disponível em: <<http://receita.economia.gov.br/formularios/pagamentos-parcelamentos/documento-de-arrecadacao-de-receitas-federais-darf/fomulario-darf-comum-anexo2.doc/view>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987. n. 93, Seção 1, p. 7609.

BRASIL. Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 25 fev. 2010. n. 37, Seção 1, p. 48.

BRISOLA, E. M. A.; MARCONDES, N. A. V. A História oral enquanto metodologia dentro do universo da pesquisa qualitativa: um foco a partir da análise por triangulação de métodos. **Revista de Ciências Humanas - Universidade de Taubaté**, Taubaté, v. 4, n. 1, p.124-136, jun. 2011.

BROWN, R. Authoritarianism. In: MANSTEAD, A.S.R.; HEWSTONE, M.. **The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology**. Oxford: Blackwell, 1996. p. 76

CARAPINHEIRO, G. Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 33, p. 83-91, Out 1991.

CARVALHO, M. L. M. D.; RIBEIRO, S. L. S. **História Oral na Educação: memórias e identidades**. São Paulo: Cetec Capacitações - Centro Paula e Souza, 2013.

CASSAB, L. A.; RUSCHENINSKY, A. Indivíduo e Ambiente: a metodologia de pesquisa da História Oral. **Biblos**, Rio Grande, v. 16, p.7-24, 2004.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. 8. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. 103 p.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. **Estudos de Psicologia**, Campinas-SP, jan/mar 2017. 63-73.

CHOMSKY, N.; FOUCAULT, M. **Natureza Humana: Justiça vs. Poder**, o debate entre Noam Chomsky e Michel Foucault. Editado por Fons Elders. Tradução Fernando Santos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017. 86 p.

CLAUZEL, A. Adoro Cinema. **Webedia**, 2019. Disponível em: <<http://www.adorocinema.com/>>. Acesso em: 16 jun 2019.

COLIATH, G. C. A Contabilidade como ciência social e sua contribuição para o capitalismo. **Eniac Pesquisa**. Guarulhos, p. 152-161. dez. 2014.

CONCEIÇÃO, P. et al. **Overview Human Development Report 2019 - Beyond income, beyond average, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century**. [s.i]: United Nations Development Programme (UNDP), 2019. 26 p.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (Brasília). **Quem somos**. [2017]. Disponível em: <<https://www.cbo.net.br/novo/classe-medica/quem-somos.php>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO (Brasília). **História da Profissão**. [2019]. Disponível em: <<https://cfa.org.br/administracao-administracao/administracao-historia-da-profissao/>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE (Brasília). **Institucional**. [201?]. Disponível em: <<https://cfc.org.br/oconselho/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **História**. [201?]. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=19&menu=1&titulo=Hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil). **História da Fonoaudiologia**. 2014. Disponível em: <<https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/historia-da-fonoaudiologia/>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3 REGIÃO (São Paulo). **Definição**. [201?]. Disponível em: <<http://www.crefito3.org.br/dsn/fisioterapia.asp>>. Acesso em: 25 dez. 2018

COSTA, T. Fonoaudiologia no Brasil: perdas e ganhos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 122, p.279-282, jun. 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAVI, R. S. *et al.* O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS. **Actualidades em Psicologia**, [S.I.], abr 2016. 71-89.

DIAS, F. X.; SILVA, L. C. A. D. Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, jul/set 2016. 534-545.

DINIZ, M. **Os Donos do Saber: Profissões e monopólios profissionais**. Rio de Janeiro: Revan, 2001. 192 p.

DUBAR, C. A. construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v. 42, n. 146, p.351-367, ago. 2012.

DUSSAULT, G.A. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-9, abr/jun 1992.

EDLER, F. C. O saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Cap. 1. p. 25-46.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.41-46, set. 2004. FapUNIFESP (SciELO).

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.142-156, 13 set. 2011. Universidade Estadual de Londrina.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES (São Paulo). **Federação - Histórico**. [2019]. Disponível em: <http://www.fbah.org.br/institucional.php?cod_inst=1>. Acesso em: 22 dez. 2019.

FERNANDES, M. C. *et al.* Identidade do enfermeiro na Atenção Básica: percepção do “faz de tudo”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2018. 154-159.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011. Edição do Kindle.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

FRIGOTTO, G. Os delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In. GENTILI, Pablo (ORG.). **Pedagogia da exclusão. O neoliberalismo e a**

crise da escola. 13 Ed. Trad. Vânia Paganini Thuler e Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2007

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** 1. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1989.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GONÇALVES, E.L. A estrutura de um hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90, mar. 1998.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. (Org.). **Psicologia do Trabalho e Gestão de Recursos Humanos: estudos contemporâneos.** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. 268 p.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information And Libraries Journal**, [s.i], n. 26, p.91-108, jun. 2009.

HAN, B. C. **O que é poder?** Tradução de Gabriel Salvi Philipson. Petrópolis: Vozes, 2019. 215 p.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade.** Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

JACCOUD, L. (Org.). **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo.** Brasília: Ipea, 2005. 435 p.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia.** 5. ed. Edição do Kindle. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

JOUTARD, P. Avaliações e tendências da história oral: Desafios à história oral do século XXI. In: FERREIRA, M. M.; FERREIRA, T. M. F., VERENA, A. (org.). **História oral: desafios para o século XXI.** Edição do Kindle. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap. 2.

KOETZ, L. C. E. **Do Ambiente da Doença à Inserção na Saúde: perspectiva da fisioterapia no cenário brasileiro.** Universidade do Vale do Taquari. Lajeado-RGS, p. 1-146. 2015.

LEBRUN, G. **O que é poder? 1ed.** edição e-book. São Paulo: Brasiliense, 2017.

LILJEGREN, A. Key Metaphors in the Sociology of Professions: Occupations as Hierarchies and Landscapes. **Comparative Sociology**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.88-112, 2012.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, p. 201-208, jul 2014.

MARCONDES, R. C. O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais. **Revista de Administração de Empresas**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.23-28, abr. 1977. FapUNIFESP (SciELO).

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago 2004.

MATOS, M. P. S. R. A Nobreza Doutoral da Brazundanga: profissionais liberais e fetiche do doutoramento no Brasil. **Nômadias. Critical Journal of Social and Juridical Sciences**, Roma, 2016. 327-345.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História oral**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011.

MONTEIRO, Y. N. **História da Saúde: olhares e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. 336 p.

MURPHY, R. The structure of closure: A critique and development of the theories of Weber, Collins and Parkins. **The British Journal Of Sociology**, London, v. 35, n. 4, p.547-567, dez. 1984.

NOGUEIRA, I. D.; SILVA, A. H. (Org.). **Termos e Expressões do coloquial do cotidiano da Zona Rural no Brasil Central no século XX**. Goiânia: Gráfica UFG, 2017. 157 p.

NUNES, J. H.; SANTOS, N. J. V. A desigualdade no “topo”: empregadores negros e brancos no mercado de trabalho brasileiro. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.87-195, 15 set. 2016. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2016.2.22735>.

OLIVEIRA, L. C. D.; LACAZ, F. A. D. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, v. 7, 2012. 74 p.

OLLIVIER, M. Status em sociedades pós-modernas: a renovação de um conceito. **Lua Nova**, São Paulo, v.77, p. 41-47, 2009.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. **ONA**, 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 17 set 2018.

OSMO, A.A. Processo gerencial. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.127-137.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, [S.I] 2001.

PEREIRA, J. G. **Continuidades, Avanços e Rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família**. Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 1-314. 2015.

PIMENTA, A. D. L. **Identidade Profissional da Enfermagem: uma construção à luz da sociologia das profissões**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 1-150. 2014.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr/jun 2000.

PONTE, C. F. O Brasil no microscópio. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Cap. 2. p. 49-72.

PONTE, C. F.; NASCIMENTO, D. R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Cap. 6. p. 181-220.

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

PORTELLI, A. História Oral e Poder. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.2-13, 2010.

RIBEIRO, S. L. S. História Oral e a consolidação de um campo de pesquisa. **Revista Outras Fronteiras**, Cuiabá, jan/jun 2016. 1-4.

_____. **Tramas e Traumas: identidades em marcha**. 2007. 392 f. Tese (Doutorado) - Curso de História Social, Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, S. A. B. **O Processo de enfermagem do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago: um marco no desenvolvimento profissional da enfermagem (1979-2004)**. 2016. 292 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SÃO PAULO. Fundação SEADE. Secretaria do Governo do Estado de São Paulo. **Portal das Estatísticas do Estado de São Paulo**. 2020. Disponível em: <<https://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 22 fev. 2020.

SARMENTO, D. Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada. **Boletim Científico Esmpu**, Brasília, v. 14, p.167-217, jan/mar 2005. Seção IV - Ordem Pública e Relações Jurídicas Privadas

SATURNINO, L. T. M. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p.10-16, jan. 2012.

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

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

_____. **Autoridade**. 4^o. ed. São Paulo: Record, 2016

SERAFIM, M. C.; ALPERSTEDT, G. D. As organizações religiosas e suas relações: Uma análise a partir da teoria dos stakeholders. **Revista de Negócios**, Blumenau, v. 17, n. 2, p.53-71, 2012.

SILVA, D. Á. M. *et al.* A Prática Clínica do Farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde a Família. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, mai/ago 2018. 659-682.

SILVA, G. **Sociologia Organizacional**. Brasília: Capes, 2010. 152 p. UFSC - Universidade Aberta do Brasil.

SILVA, P. V. B. da; ROSEMBERG, F. Brasil: lugares de negros e brancos na mídia. In. DIJK; T.A. van (ORG.). **Racismo e discurso na América Latina**. São Paulo: Contexto, 2008.

SOUZA, G. J. D. **Construção da Identidade do Enfermeiro: a experiência da profissionalização**. Universidade de Taubaté. Taubaté, p. 244. 2015.

SOUZA, J. **Subcidadania Brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro**. Rio de Janeiro: LeYa, 2018. 288 p.

SOUZA, S. S. de et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.449-55, 30 set. 2010. Universidade Federal de Goiás.

SPINK, M. J. P. Pessoa, indivíduo e sujeito: notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In: SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. **Psicologia Social e Pessoalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais ABRAPSO, 2011. Cap. 1, p. 192.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, [s.l.], v. 13, n. 39, p.545-554, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO).

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.127-138, ago. 2002. FapUNIFESP (SciELO).

VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P.; ALVES, G. (Org.). **Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: Ltr, 2011. 228 p

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, [s.l.], v. 14, n. 41, p.165-189, 12 jul. 2014. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR.

WEBER, R. Relatos de quem colhe relatos: pesquisas em História Oral e Ciências Sociais”. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p.63-83, 1996

APÊNDICE I – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Parte I

Dados Gerais

Profissão/Formação: _____

Grau de

instrução: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo na

Instituição: _____

Parte II

Eixos Norteadores do Estudo

1. Você acredita que detém a autonomia necessária para o desenvolvimento/execução do seu trabalho?
2. Em relação a outros profissionais, qual deles você acredita que detém a maior influência (autoridade) sobre o seu trabalho?

Roteiro de entrevista:

1. Narre a sua trajetória profissional no hospital.
2. Como é seu relacionamento com seus colegas de trabalho (subordinados, pares e superiores)?
3. Como você se sente em relação a sua profissão (realização profissional)?
4. Em relação a outras profissões de saúde, como você percebe a valorização da sua profissão?
5. Em relação a outras profissões da área da saúde, você acredita que há diferenças de status frente ao hospital e ao reconhecimento da população atendida?
6. Você acredita que o Conselho Profissional ajuda na autonomia profissional?
7. Qual o papel do sindicato profissional na sua profissão?

APÊNDICE II - NARRATIVAS

O fazer sem reconhecimento

Sou enfermeiro. Não escolhi minha profissão, fui escolhido! Cai de paraquedas na área da saúde. Morava em São Paulo e trabalhava na área administrativa. De repente, fiquei desempregado e estava sem estudar. Pensei que estava muito mal, muito “vagabundo”, não queria isso. Decidi fazer algo e foi assim que me falaram sobre os cursos gratuitos que tinham na Santa Casa. Fui até lá pensando em fazer algo como instrumentação cirúrgica. Na verdade, embora tivesse trabalhado em hospital, não tinha nenhuma noção sobre a área assistencial e não tive contato com enfermeiro e auxiliares.

Chegando lá, não havia para instrumentação cirúrgica. Tinha apenas para Enfermagem. Então, decidi fazer isso mesmo. Fiz uma prova para concorrer a vaga. Tinha umas 500 pessoas inscritas para 70 vagas. Eram várias etapas que incluíam prova prática, teórica e entrevistas. Foram peneirando, peneirando, diminuindo o número de pessoas, diminuindo... E eu fiquei! Passei. De lá para cá, estou até hoje!

Eu me identifico com a Enfermagem, muito! Hoje não saberia fazer outra coisa. Gosto de atuar como enfermeiro assistencial. Gosto de cuidar, de conversar e das técnicas da profissão. É disso que eu gosto. Infelizmente, hoje em dia a Enfermagem é muito administrativa. O enfermeiro é administrativo.

Papel, papel e mais papéis para preencher. Sei que é a função dele. Delegar funções. Contudo, eu gosto de fazer, de mostrar minha capacidade, de ensinar e de orientar. Em resumo, me identifico com o cuidado. Primeiro, eu fui contratado como auxiliar de enfermagem no hospital. Depois, fiz faculdade de enfermagem e me formei em 2009 e, depois de uns 3 meses, fui promovido a enfermeiro. Atuei no pronto atendimento infantil, depois adulto e nas enfermarias, agora estou na oncologia. Este é um novo mundo para mim.

Minha interação com os outros profissionais desde o início de minha carreira sempre foi boa. Sempre houve pessoas boas no meu caminho, que estavam dispostas a ajudar, a orientar. Claro, nem tudo foram flores! Há sempre aquele que, apesar de você entregar um sorriso, ele vem com uma pedrada. Muitas vezes, você não sabe o porquê. Contudo, isso acontece na relação humana em geral, imagina dentro do trabalho em que tudo é mais tenso.

No geral, sempre tive bons relacionamentos e não consigo especificar uma situação de conflito. Afinal, eu sou muito tranquilo. Não me apego à raiva dos outros e não sinto raiva. Eu continuo no meu dia a dia, fazendo as minhas coisas da melhor maneira possível. Procuo ser o melhor para mim e não dependo do outro. Se ele se ofende, se ele tem um problema, isto pertence a ele e não a mim. Vou levando a vida dessa forma e isto reflete em meu trabalho.

Existe aqueles momentos, aqueles cinco minutos de raiva, em que você quer estrangular alguém. Mas você respira e inspira, noutro dia acabou. Assim, a vida segue.

O enfermeiro, de maneira geral, é muito limitado em sua autonomia. Ele sempre depende de alguém. É claro que o conselho determina sua autonomia profissional, mas vai somente até ali, pois muitas decisões, na prática, não dependem do enfermeiro. Eu posso ter certeza de que determinada assunto deve ser tratado de uma forma, mas se o médico não der o aval dele, não consigo fazer. Tem essa barreira.

Todavia, há muitos pacientes/clientes que reconhecem nosso trabalho. Alguns não. Na visão de algumas pessoas, você é secretário do médico. Na verdade, você pode orientar adequadamente um paciente para casa, mas se o médico mudar a conduta, o paciente esquece do enfermeiro e segue apenas a do médico. Não temos vez!

Esse sentimento é ruim, pois você estuda. Você dá o seu melhor e se coloca no lugar do outro, mas não é o suficiente. Por exemplo, no ambulatório, algumas vezes é demorado devido à própria rotina. O paciente esbraveja com o enfermeiro, ameaça e crítica, mas com o médico ele é passivo. Diz não se importar pelo atraso. Conosco, reclama do atraso e fala alto, mas, quando ele entra no consultório para consulta, o médico é Deus! Acho que essa diferença de tratamento é cultural. Na cabeça do paciente, o médico é algo semelhante a um deus, pois foi ele que curou, que fez a cirurgia. Nesse sentido.

Contudo, o médico cuida/cura a doença, mas o enfermeiro cuida do doente! É ele que fica na cabeceira do leito e que medica. O Enfermeiro é psicólogo, é assistente social, ele faz um pouquinho de tudo. Ele é a ponte com outros profissionais da saúde. Infelizmente, quem muito trabalha não tem valor. Quem muito faz, não faz nada. Antes de me formar em enfermagem, não tinha noção de como era o trabalho e a vida de um enfermeiro.

Acho que a visão sobre o trabalho do enfermeiro varia de pessoa para pessoa, de profissional para profissional. Isso é muito pessoal, então não há como estabelecer uma

visão pré-determinada por profissional, seja ele de farmácia, de fisioterapia, ou qualquer outro. Alguns valorizam o enfermeiro, sabem da importância. Mas outros, não!

Muitos acreditam que o enfermeiro não resolve. Dizendo em um português claro: “serve apenas para limpar a bunda do paciente”. Quem acaba fazendo tudo, não faz nada. O enfermeiro abraça muitas coisas. Ele deveria se impor, estabelecer limites, delegar e passar as responsabilidades que não são nossas atribuições. Dieta é do nutricionista, mas não, tentamos resolver tudo para não deixar o negócio correr solto. Contudo, o problema passa a ser seu. Você pega muito mais atribuições do que as que você consegue lidar no seu dia a dia.

A maioria dos enfermeiros se coloca em uma posição inferior do que a dos outros profissionais da saúde. Estes têm uma autonomia definida. Se o “físio” decidir algo, ninguém se intromete. Se a nutricionista disser para comer algo, o paciente come. Se o farmacêutico orientar sobre o medicamento, ninguém toma. Todavia, se o enfermeiro falar algo, sempre há o que discutir. Sempre tem uma interrogação. Então, os enfermeiros se colocam abaixo desses outros profissionais da saúde. Não sei se fui claro, mas isso acontece por causa do “retorno” que existe dos pacientes.

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

Para o médico, funciona da mesma forma. Se ele confia e sabe do seu profissionalismo, do que você é capaz, ele irá te apoiar. Há médicos aqui que de todos tem medo. Medo de ligar e de conversar, mas eu nunca tive este problema com ninguém. Até mesmo com aqueles que gritam e xingam. Sempre penso: gente?! Por que ter medo? É só falar. Você deve se impor, explicar o que está acontecendo e pronto. Acabou! Ele não irá brigar, porque verá o que você está fazendo de melhor.

Existem alguns conflitos relacionados a diferentes tipos de orientação, pois tem sempre aquele que acha que está muito certo. E, quando isso acontece, levo para minha líder. Eles que vão decidir o que deve ser feito, pois tenho meu limite. Sei até onde posso ir. Há momentos em que a coordenação tem de resolver. Enfim, ela vai conversar com o médico e, de alguma forma, vão se resolver.

Apesar disto, acho que tenho autonomia para executar as atividades do meu trabalho. Na “onco”, não há auxiliares e técnicos de enfermagem. Atualmente, não tenho subordinados. Contudo, quando estava nas enfermarias, minha relação com eles era muito boa. Afinal, o enfermeiro não tem de dar ordens apenas. Para dar ordens tem de saber! Tem de saber se está fazendo certo! Afinal, para corrigir, precisa saber o que está fazendo de errado. Não é punir, apenas corrigir!

É importante que a pessoa tenha tentado fazer anteriormente, por exemplo, uma punção. Se não fez, tenta primeiro! Depois, eu vou corrigir, se não conseguir. Irei orientar. Você pega na mão e explica qualquer que seja a técnica. Paro o que estou fazendo, dentro do possível, vou lá e oriento. Portanto, sempre tive um bom relacionamento com meus subordinados. Nunca tive atrito com ninguém.

Acho que em relação ao *status*, os outros profissionais sempre estão acima. Engraçado isso, eu não sei por quê! Não sei se é cultural, mas acho que é uma característica da enfermagem que vem lá de trás.

Não tenho uma vivência específica em relação ao reconhecimento, mas é possível compreender isso no dia a dia. É quando um paciente agradece pelo que você fez. Veja que não há obrigação de um paciente agradecer a você, porque é sua obrigação cuidar dele. Entretanto, se alguém diz muito obrigado, pelo menos para mim, esta é a maior valorização que eu tenho. Um agradecimento. Às vezes, você vai em algum lugar e alguém te reconhece. Por algum motivo, você ficou marcado para aquela pessoa. Porque ela foi bem atendida, bem cuidada, então ele não esquece, você ficou marcado na vida daquela pessoa. Se isto acontece, então você está no caminho certo.

Eu acho que o enfermeiro não ganha mal, mas poderia ganhar mais por tudo o que faz o seu dia a dia. Toda essa correria, ele deveria ganhar mais. Então, eu mudaria hoje, na enfermagem, o COREN.

Os conselhos de outras profissões são mais atuantes junto aos profissionais. Nós não vemos a diferença, pelo menos para a enfermagem. A impressão que fica é que esse órgão existe para cobrar anuidade. Pelo menos, essa é minha impressão. O sindicato é muito fraco.

A própria Enfermagem se desvaloriza. Um médico não joga um contra o outro, até mesmo nos erros. Jamais! Agora, muitos dos profissionais da enfermagem querem subir de posição, puxando o tapete do outro. Querem mostrar que são melhores e, dessa forma, são capazes de derrubar um colega. Isto não é certo! Acho que todos devem ser valorizados, todos devem mostrar o seu melhor, mas dentro do que é certo. Dentro de

uma postura ética! Não se pode derrubar o outro para ganhar crédito, mas há muito disso, uma competição desleal.

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

Então, eu mudaria isso na Enfermagem. Queria mais companheirismo, mais trabalho em equipe. Um pelo outro. No futuro, acho que a mudança está condicionada aos novos formandos. As escolas devem mudar este pensamento. Quando eu estava na faculdade, uma professora nos disse para não compartilhar conhecimento com outros colegas. Achei isso o fim da picada. Como um professor fala isso? Não estou entendendo (...) o conhecimento tem de ser passado! Por que eu devo reter o conhecimento? Porque ele pode pegar o meu emprego.

Essa competição já começa na faculdade. Já existe uma briga. Não se deve passar o conhecimento para o colega, pois ele pode tomar o seu lugar. Eu não acredito nisso, não existe isso. Ninguém toma o lugar de ninguém. É o que eu penso.

É difícil falar sobre uma pessoa de autoridade. Na verdade, uma pessoa de autoridade não tem só técnica. O conhecimento é necessário. Essa pessoa deve saber do que se fala, o que se pede, o que se cobra. Afinal, técnica, quem não sabe ler e escrever, pode aprender. Qualquer um aprende. Então, uma pessoa com autoridade deve ter um bom relacionamento interpessoal, saber dar um *feedback* para um funcionário.

Um líder tem autoridade quando sabe demonstrar onde está o erro. Não é aquele que pune, mas ensina. Não pode fazer vista grossa, mas tem de ter esse "*feeling*" com o funcionário. Eu tive muitos enfermeiros que foram figuras de autoridade para mim, pois fui auxiliar por muito tempo. Contudo, conheci muitos enfermeiros bons, mas houve muitos ruins. Nós devemos nos apegar àqueles que são bons, os ruins deixamos de lado. Devemos considerar aqueles que são comprometidos com o trabalho e com os colegas. Isso é bacana.

Hoje, me considero uma pessoa de autoridade, apesar das minhas falhas. Não sou perfeito, mas tento sempre trilhar um caminho correto. Direcionar, orientar e não ficar fomentando. Porque isso é cruel.

A enfermagem é uma profissão muito bonita. Nós não escolhemos a enfermagem, ela é que nos escolhe. Eu fui escolhido para exercer essa profissão. Mesmo não sabendo como iria ser, eu entrei e me apaixonei. Estou até hoje, estou quase há 25 anos atuando. Não sei como será o caminho da enfermagem, mas muitas escolas, hoje em dia, especialmente as particulares, não reprovam o aluno. Se você pagou, você vai passar e vai se formar um auxiliar, um técnico e até mesmo um enfermeiro. Entretanto, quando você vai ao mercado de trabalho, sua bagagem é muito fraca.

Isso é responsável pela desvalorização da enfermagem. Pois é como dizem: quanto maior a oferta, menor o valor. Tem muito enfermeiro no mercado. Se você jogar um laço, vem uns trezentos. Todavia, qual a capacitação desse profissional?

Os processos seletivos são falhos e injustos. Muitas vezes não conseguem diferenciar quem é bom e quem não é. Tem funcionário que você não consegue saber como passou na entrevista de emprego, porque não sabe o básico. Lógico, ninguém tem de saber tudo. Eu não sei tudo. Aprende-se! Se tiver vontade e interesse, alguém irá ensinar. Do contrário, é muito complicado.

Hoje, eu sinto que tenho autonomia para atuar dentro do meu trabalho. Minha coordenação me dá esse respaldo. Lógico, até o meu limite. O que eu não posso, levo para eles.

Não tenho mais nada a acrescentar. Acho que é isso.

Enfermeiro

Entrevista realizada em 18 de janeiro de 2019

O psicólogo e a luta pelo seu espaço de autonomia

Para entender minha trajetória, é preciso começar pelo ensino médio. Foi quando percebi o que eu gostaria de cursar no ensino superior. Logo no primeiro ano, estava inclinado a estudar filosofia. E, por algum motivo, comecei a curtir. Gostava de muita coisa mais dramática, poesias mais pesadas. Pode parecer estranho, mas achava interessante. Comecei a questionar qual profissão eu poderia juntar a parte prática com uma parte teórica densa. Não queria dar aula apenas ou outras profissões mais acadêmicas. Queria colocar em prática. Então, achei a psicologia.

Naquela época, eu morava no interior do Rio, ficava a umas duas horas de distância da capital. Contudo, resolvi prestar vestibular para uma universidade pública que também ficava no interior. A princípio, não passei de primeira. Refleti sobre isso, pois eu era muito preguiçoso para estudar, quando estava no ensino médio. Fiquei na dúvida se iria tentar de novo. Mas acabei passando, depois, e fui estudar fora por cinco anos, ou melhor, seis anos por causa da greve. Foi um longo período. Conheci minha namorada lá e ela era da Região do Vale do Paraíba Paulista, então resolvemos vir para cá. Pensei sobre as opções que eu tinha, interior do Rio de Janeiro, que era uma cidade muito pequena, ou ir para capital do Estado. Era 2016, e a violência já aumentava. Então, esta região parecia uma boa opção, pois a cidade é de médio porte. Isso é importante para se avaliar no início da carreira.

Na área de psicologia, infelizmente, no interior não há muita procura, pois há muita gente que não compreende o trabalho do psicólogo. Eles são mais pragmáticos, assim não se entende a psicologia com a importância devida.

Quando eu estava na faculdade, todo o meu caminho foi trilhado para a psicologia clínica.¹⁵ Logo comecei a estudar psicanálise, mais especificamente a partir do segundo semestre da faculdade em um grupo de estudo. Diferentemente do ensino médio, estudei muito. Acho que descobri algo que valia a pena estudar. Assim, participei de pesquisas e eventos, publiquei artigos, fui estudando e estudando. No final do curso, fiz uma monografia voltada à questão teórica, de que gosto muito. Discuti bastante. O próprio curso e a própria faculdade propiciavam isso, uma compreensão mais epistemológica,

¹⁵ Nesse contexto, o narrador utiliza o conceito de psicologia clínica, como uma prática liberal que acontece em consultório particular, atrelada a um modelo em que ocorre um tipo de intervenção terapêutica.

pouco voltada para o mercado de trabalho. Com a parte prática, tive contato apenas no estágio e não contemplou o hospital.

Até existia essa opção para se escolher, um estágio realizado em um hospital do SUS. Contudo, preferi atuar na clínica, pois um professor, que era meu orientador, estava nesse campo. Eu era muito agarrado a ele. Então, falei: vou contigo! Fiz a inscrição e estudei muito sob a supervisão dele, foram quase dois anos. Após um período, você podia trocar, mas decidi permanecer. Eu estava atendendo os pacientes e me parecia estranho largá-los de repente. Portanto, minha experiência de estágio foi puramente na clínica. Para mim, a clínica “é o que há”. Entende? A clínica psicanalítica, a própria atuação no consultório, era tudo para mim.

Porém, quando eu saí da faculdade, percebi que eu tinha um *déficit* na parte prática de trabalho de psicólogo. Eu devia procurar alguma coisa que me desse algum suporte para o mercado de trabalho, por que, até então, a universidade era voltada para a formação de pesquisadores ou na atuação na prática liberal. A pesquisa científica estava difícil, pois resolvi vir para a região e não conhecia ninguém. Não é fácil passar em processos seletivos. Eu não estava disposto a pagar.

Decidi fazer uma pós-graduação *lato sensu* na área da saúde, depois de um ano que me mudei para cá. Isso foi em 2017, era um curso de psicanálise da saúde em um hospital referência e de grande porte em São Paulo. O programa era voltado para a atuação de psicólogos com orientação psicanalítica nos espaços de saúde, hospitais, CAPS¹⁶, entre outras instituições.

Foi assim que comecei a pensar que esse era um caminho no mercado de trabalho, sendo analista e, ainda, estudando questões teóricas muito fortes. Comecei um grupo de estudo em psicanálise, como uma forma de me manter atualizado. Então, lá eu conheci a supervisora da clínica deste hospital.

Não me recordo exatamente o período, acho que foi no final de 2017, teve um processo de seleção. Ela me avisou sobre a vaga. Não me chamaram em seguida, entrou uma outra psicóloga na oncologia. Em julho deste ano, a psicóloga que trabalhava aqui com pacientes dialíticos e pré-dialíticos saiu de licença maternidade. Não sei se ela não iria retornar. O que importa é que selecionaram os participantes do último processo, assim acabei entrando em julho e estou aqui.

¹⁶ CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente.

Na pós-graduação, consegui visualizar a questão do trabalho em hospitais. Essa foi minha única experiência no âmbito hospitalar, a partir de vivências e aprendendo como era a dinâmica a partir das aulas que eram ministradas lá.

A supervisora da psicologia daqui me falou que o setor estava se estruturando. Então, falei: “Eu não tenho experiência, mas eu tenho aquela gana de começar (...), se rolar, rolou. Vamos lá, né?”

E foi isso.

Há muita diferença entre o trabalho como profissional liberal e o trabalho desenvolvido dentro do hospital. No consultório clínico, nós temos uma estrutura, um espaço de tempo para atendimento que é muito grande. O próprio método é diferenciado assim como o próprio manejo dentro do hospital. Por exemplo: no consultório, o paciente vem até você. Aqui, você começa as intervenções quando a “equipe multi”¹⁷ solicita.

Por sinal, esta é uma das questões que estamos tentando organizar. Queremos formalizar um protocolo de atendimento hospitalar. Atualmente, estou sozinho para atendimento de todos os pacientes internados. Não consigo trabalhar dentro de uma rotina que visita os pacientes. É impossível passar em todos os setores deste hospital. Então, queremos regularizar o sistema de interconsultas. Isto é, a partir do chamado da “equipe multi”, irei atender um determinado paciente.

Eu dependo deles para a realização de uma intervenção. Embora, em um projeto ideal de rotina, o certo seria visitar todos os pacientes. Contudo, é inviável operacionalmente, por que sou apenas um para atendimento, mesmo cumprindo 44 horas semanais. Não há como atender muitas pessoas, por que estarei apenas conversando. Então, se for assim, qualquer pessoa pode fazer.

Realmente o trabalho é muito diferente, especialmente por que minha orientação é psicanalítica. É um desafio tentar delimitar como podemos atuar. Isso é um ponto que a supervisão compreendeu.

Acho que ela me contratou por isso. Afinal, tenho um viés diferente, tanto que cada psicólogo tem o seu próprio modo de trabalho. Isso enriquece as possibilidades de se montar um setor. Há esse desafio, pois a equipe, de modo geral, não sabe com muita clareza o que um psicólogo pode fazer no hospital. Nós temos de ter muito claro o que fazemos. Esse é o processo. Entretanto, não há como traduzir claramente todos os termos de nosso trabalho. Afinal, envolve sigilo. Não podemos falar tudo. Além do manejo

¹⁷ Na linguagem oral dentro de um hospital é comum a abreviação das palavras.

clínico ali com o paciente, tem essa questão com a “equipe multi”: como traduzir este saber? Nós demoramos para aprender a como trabalhar com essa equipe, já que o final da nossa conduta é para isso. Para que a equipe consiga ter “um final” favorável para o tratamento como um todo. Que o tratamento seja eficaz.

Entretanto, algumas vezes há dificuldades nessa comunicação, porque o hospital é muito verticalizado. Quando você vai às reuniões, consegue perceber que alguns setores são mais abertos do que outros, principalmente para as questões psicológicas.

Posso dizer, com segurança, que, sem dúvida nenhuma, a equipe não é interdisciplinar, mas multiprofissional. Há o médico que lidera. Então, ele vai pedindo a opinião dos outros à medida que ele acha necessário. No final, a conduta é dele. Então, é vertical essa relação de poder. Há dificuldade na colaboração efetiva entre os profissionais.

Pode ser que isso também esteja ligado a minha dificuldade em manejar direito qual é o meu lugar aqui. Tudo bem, sei que existe uma certa resistência da equipe em aceitar mudança, aceitar um outro ponto de vista. Percebi isso quando houve a mudança de psicólogo. Ela já estava aqui há cerca de três anos e, de repente, eu entro. Percebi resistências fortes. Lógico, existem pessoas “super” abertas, com as quais consigo estabelecer parcerias fáceis.

Há enfermarias em que o contato por telefone também é simples. Quando estou passando no corredor, me chamam para falar sobre um determinado paciente. Eles me procuram para saber o que pode ser feito. Já outros, nunca te chamam. Então, faço uma busca ativa quando percebo isto. Eu tento me fazer presente nesse setor. Ah! Se eu tivesse tempo de fazer uma rotina de visitas (...)

Sei que seria prejudicial, porque nós estamos pensando em estruturar um outro tipo de modelo. O modelo de interconsulta. Não há como me comprometer a fazer essa rotina em todo setor, seria inviável.

Existem muitas reuniões multiprofissionais, mas o meu lugar de fala nessas reuniões é completamente diferente. Em algumas enfermarias, o médico escuta você, a enfermeira escuta você. Trocamos informação e pensamos juntos para chegar a um consenso. Contudo, a unidade de terapia intensiva pediátrica é muito resistente. Penso que seja por causa do tipo de paciente com que lidamos. Lá é muito específico. Nas unidades intensivas adulto, tenho pouca interação, pois os pacientes estão sedados. Normalmente, minhas intervenções são com os familiares e não são todos que dão

problema. Às vezes são questões muito óbvias para a situação. Costumo atender mais pacientes conscientes que são pré ou pós-cirúrgicos.

Acho que minha autonomia não mudou muito do consultório para o hospital. Minha supervisão consegue coordenar isso muito bem. Assim que eu entrei, ela me disse: Você faz do jeito que achar melhor, contanto que siga as regras do hospital.

Existe a dinâmica de fazer evolução de prontuário, pensar coisas que eu posso escrever ou não. No consultório, não há esse contato direto com outros profissionais. No máximo, você conversa com um psiquiatra ou outro, quando há um tratamento em conjunto.

Aqui, eu não me sinto muito pressionado. Minha supervisora falou que ninguém sabe o que fazemos, então temos de mostrar como se faz. Demonstrar nossa importância. Ela deixa “super” aberto para isso. Não tenho uma rotina fixa. Em um hospital, não há como delimitar uma rotina. Afinal, um paciente chega hoje e pode ir embora amanhã, ou ir a óbito, ou não. Por isso que a ideia de interconsulta é dinâmica. Quando me chamam, eu atendo. Faço a discussão do caso. Atendo de novo. Depois visito o familiar. Volto. Esse setor requer flexibilidade. Não me sinto inibido.

Acho que, de alguma forma, a sociedade desautoriza o saber psicológico da saúde. Isso está relacionado a esse momento em que vivemos, ou melhor, a modernidade tem um pouco dessa cultura de performance do qual se autoriza o saber, que é um saber médico. É um saber de intervenção medicamentosa, citando como um exemplo.

Muitos falam: este caso é para psiquiatra, logo tem de medicar. Quando estudamos a clínica a rigor, percebe-se que isso é apenas controlar o sintoma. Não é resolver a causa da doença. Essas ideias permeiam o hospital, porque somos aqui o reflexo do que somos fora? Nesse sentido, não há uma divisão nítida do ser humano. Além disso, dentro do hospital há essa coisa vertical que é o poder do saber médico. Na prática, sabemos que quem cuida são as enfermeiras, e o meu maior contato é com elas. Os médicos, para lhe falar a verdade, tenho contato com cerca de três, que são acessíveis para discutir algum caso. Residentes, há dois.

Não sei como é a formação deles (do médico) para agirem dessa forma, mas tenho a convicção de que o trabalho do psicólogo hospitalar não é só clínico. Temos de promover essa educação, uma educação na prática. É como você responde a uma certa demanda da equipe e vai introduzindo, ao longo do tempo, a importância do saber psicológico para o benefício do grupo e dos pacientes de maneira geral. Assim, conseguiremos alcançar, por entre aspás, conseguir "uma certa voz nas reuniões

multiprofissionais". Digo poderemos falar sobre o que achamos importante e alguém ali irá captar o sentido daquilo e será um grande passo. Todavia, isto é uma linha contínua.

Estava lendo um livro sobre uma experiência de um setor de psicologia em um hospital. A autora disse que levou vinte anos para chegar onde chegou. Então, não é rápido e fácil. Portanto, não são todos os profissionais que aceitam. Nós sabemos que essa questão do poder baseada no saber médico é muito forte. Então, se o médico decidir que ele não irá fazer, ele não vai fazer. Não tem essa de questionar, porque a caneta final é dele, no final das contas.

É claro que há alguns com quem você consegue ter algum tipo de manejo. Tem uns que são mais abertos e param para te ouvir. Querendo ou não, eles param. Com o tempo, o pessoal vai me conhecendo e me solicitando mais. Alguns já me chamam pelo nome.

Para existir uma mudança, temos de trazer a importância da psicologia para o hospital. E iremos conseguir correspondendo às demandas da instituição. Como temos poucos psicólogos, acho que, atualmente, esse processo de mudança será realizado de forma individual. Porque há apenas um por setor.

Contudo, eu insisto com meus colegas que temos de nos posicionar para conseguir criar um setor de psicologia de fato. Embora estejamos divididos por setores, temos de falar como um grupo. Afinal, certas coisas são necessárias. É inviável a gente ter de discutir se a gente vai conseguir sala para poder fazer algum projeto educativo dos pacientes. Não temos uma sala dedicada ao nosso trabalho, e é difícil conseguir sala para fazer aulas livres e educativas para os acompanhantes. Isso para mim é inadmissível, essa ausência de espaço de trabalho. Isso ainda é um pouco do sintoma do hospital de não conseguir reconhecer.

Tive uma ideia de fazer um grupo voltado a familiares e acompanhantes da ala pediátrica, pois estes ficam 24 horas junto ao doente. Há muitas questões psicológicas ali que poderiam ser discutidas e que precisam ser ditas. Existe o papel da intervenção do psicólogo. Fiz o projeto e discuti com a minha supervisão. O coordenador de enfermagem do setor aceitou. Todavia, não havia espaço físico para o desenvolvimento do trabalho.

Em psicologia organizacional, essa questão da organização do espaço é estudada. Como a instituição lida com o lugar daquele profissional? Então é um sintoma. Eu não tenho uma sala receptiva. Qual é o lugar que o hospital dá ao psicólogo? Não me dá. É um sintoma, eu não tenho sala hospitaleira, é um sintoma... qual é o lugar que o hospital dá para o psicólogo. Não me dá! Há uma valorização do tratamento curativo-

medicamentoso ou cirúrgico. Não acho que esteja errado. Há uma produção, uma estatística a ser atingida.

Quando paramos para entender a prática do discurso médico, principalmente quando vemos o lado da psicologia, há uma frustração que é percebida na fala dos profissionais. Semana passada, recebi um chamado que foi curioso, um residente falou com tristeza em sua voz:

– Cara! A gente não está conseguindo! Tem como você vir aqui?!

Parece que estamos lá sempre para resolver um problema, não há um fazer juntos. Faz sentido? Nós somos como uma certa última opção, quando não há muito o que fazer. É o repasse da bola, um jogo de problemas! O certo é pegar esse problema e interpretá-lo. Por que o paciente está assim? Por isso é fundamental para a discussão do caso, além, é claro, da devolutiva da psicologia. Por outro lado, por que a equipe não está conseguindo lidar com uma pessoa que chora todo dia porque amputou a perna? Acho que isso também é atuação do psicólogo.

Lidar com o sentimento humano varia de pessoa para pessoa e não está ligado necessariamente à profissão. Cada um vai ter uma sensibilidade. Eu acho que ter um psicólogo atuando ajuda algumas pessoas ao longo do tempo a conseguir olhar mais para o sentimento, dando mais valor para isso.

Os chamados não acontecem apenas em casos psicológicos graves, muitas vezes eles chamam porque o paciente parece um pouco triste. Quando analiso, percebo que aquilo era esperado para a situação e faço a devolutiva. Conforme estou desenvolvendo minha prática no dia a dia, percebo que eles vão conseguindo olhar mais para isso e os chamados vão surgindo. Minha presença irá afetar alguém da equipe (...)

A valorização do psicólogo depende muito de cada instituição. Minha professora falava sobre as diferenças na inserção do psicólogo quando a equipe não leva em consideração as questões subjetivas e quando leva. Tem de existir uma intervenção para começar a ser válido o trabalho. Eu aprendi um pouco com ela. Tento passar isso para meus colegas. Fazem parte do trabalho institucional o manejo da demanda e a introdução da presença do psicólogo. É preciso falar da importância dos grupos, das reuniões e da discussão dos casos.

É necessário ouvir todos os atendimentos, porque, se nós só evoluíssemos e acabou, estaria fazendo um trabalho isolado. Então, eu atendo, evoluo e faço a devolutiva para quem solicitou, seja equipe médica, enfermagem, coordenação, nutricionista ou serviço social. E você vai começando a mostrar uma importância e como será a condução

do caso juntos. É lógico que é muito trabalho e que você tem de manter o sigilo da sessão. Entretanto, você tem de trazer o extrato ali do problema, ou seja, uma interpretação.

Eu me sinto valorizado em alguns setores, não muitos. Entretanto, não estou aqui nem há um ano. Acho que é um processo mesmo. Todavia, socialmente, não me acho. Há aquelas pessoas que dão alguma importância. Não consigo dizer se existe uma interferência diretamente negativa no meu trabalho. Nesse tempo, consegui criar um diálogo com vários profissionais de diversas áreas, tanto do serviço social, como da nutrição e da fisioterapia. Nas unidades intensivas, de vez em quando, eu passo lá, eles me falam de algum paciente ou familiar. Acho que, principalmente, a enfermagem é “super” parceira. Acho que estamos juntos para o cuidado. Todavia, o que eu estava tentando dizer é que, nesse sistema vertical, a equipe não-médica conversa muito bem. Não é que a gente não converse com o sujeito médico, mas é a importância que tem a fala na instituição.

Certo dia, eu fiquei completamente abismado. Um paciente jovem havia sido amputado e eu estava fazendo o acompanhamento. Um dia chego para atender e ele não está mais lá. Recebeu alta. Eu não soube. Não me avisaram. Falei para eles que, se eles me avisassem, poderia ter feito um encerramento com ele. Outra situação semelhante foi quando re-internou o paciente e também não me avisaram. Procuro entender a emergência, o caos do dia a dia... mas ainda está muito devagar o nosso serviço.

Existe muita falha na comunicação. Alguns setores me comunicam quando o paciente retorna. Existe uma preocupação com o “fazer” nos andares mais cheios. Tem de se dar alta, tem de ter rotatividade. Faz parte, pois ganha-se por leito.

O projeto de humanização que envolve a equipe “multi” era sobre a alta responsável. Não é só o médico assinar e correr para mandar o paciente embora. Ele tem de ir embora, mas a psicologia também caminha em paralelo com os outros saberes da saúde. A psicologia é uma ciência humana e não biológica. Nós não nos encontramos, é paralelo mesmo.

Isso ainda não pegou aqui. E não é só no hospital, como em muitos outros lugares. Nós percebemos isso nas experiências relatadas pelos psicólogos que trabalham em outros hospitais. Há lugares que constroem isso, mas é essa a ideia, né? A especialização de psicologia hospitalar só foi regulamentada pelo conselho federal no ano 2000. Quem se formou psicólogo hospitalar? Quem está escrevendo sobre isso hoje em dia? Tudo ainda está muito na “experimentação”, na discussão dos casos, nas experiências. Além disso, em cada lugar é diferente.

Pensando em uma situação ideal, acho que autoridade tem um pouco a ver com você conseguir que a pessoa se toque pelo seu discurso. É quando você está em uma posição que afeta a outra pessoa. Então, no hospital, não acho que o saber da psicologia tem autoridade. Muitas vezes, esse conhecimento é negligenciado. Entendido como uma conversa.

A pessoa que me influenciou ao longo da minha trajetória foi o meu professor orientador. Ele lecionava mais do que atendia e falava: “Não sou mais clínico, sou professor!” A psicanálise envolve a docência e o estudo com atuação. O laboratório da psicanálise é o consultório.

Muitos professores de psicanálise trabalharam muito tempo em hospital. Os relatos de casos eram atendimentos realizados em hospitais. Ali é que se pensa na teoria. Então, tenho muitas pessoas de autoridade que conseguem ter alguma relevância acadêmica para poder relatar os casos e pensar nesses casos. Além de provocar novas questões.

Nós estamos acostumados com a prática e, por mais que a psicanálise seja uma coisa antiga, no hospital é novo. A psicologia hospitalar é nova e a psicanálise hospitalar mais nova ainda. Se bem que nem tanto (...) na história da psicanálise, mas mais como uma prática de trabalho. Acho que está muito pulverizada.

As lideranças informais influenciam na minha atividade de trabalho. Pode ficar parecendo que eu tenho um problema com o médico, mas não! Consigo compreender a importância deles dentro da rotina de cuidado. Todavia, eu não tenho muito contato com eles, não consigo ter. Por isso, recorro a um enfermeiro ou a uma coordenadora para poder tratar de alguns assuntos. Às vezes o próprio técnico de enfermagem que está aqui há muito tempo e conhece todo mundo. Ele consegue me falar dos pacientes, sabe? Ele leva aquilo que eu pontuei para a equipe e consigo, por meio dele, mudar alguma coisa.

Então, sem querer ficar em cima do muro, majoritariamente nesta instituição, acredito que as autoridades informais são as mais significativas. Essas são figuras que dizem de um lugar e dizem que tipo de contato que tem um peso maior de decisão com os pacientes.

Vejo assim minha experiência nesses seis meses: estamos entusiasmados para montar um setor. Nós não temos ainda um centro de custo, mas nós estamos tentando conquistar o nosso espaço. Já nos reunimos bastante. A supervisão estava afastada, então ficou um pouco mais lento. Contudo, a gente continua.

Conseguimos atualizar alguns documentos, tinha muita coisa ociosa, sem utilização. Estamos no caminho, estamos construindo. Agora, para a profissão de modo geral, acredito que faltam coisas mais básicas, como, por exemplo, 30 horas, que é a carga horária mais adequada de trabalho.

Na instituição, falta ter um espaço físico para começarmos a pensar em pesquisa e em treinamentos. Neste ano, estávamos com estagiários de psicologia em um setor específico aqui na instituição. Acredito que devíamos expandir para as demais áreas. Este tipo de formação tem de ser recorrente. Precisamos incentivar a pesquisa, porque os atendimentos podem gerar conhecimento. Temos de usar esse espaço, tem muito material para trabalhar. Já presenciei muitos casos que nunca apareceram no consultório. Nunca, nunca! É muito singular. Precisamos ter uma própria noção da gente. Precisamos entender nosso trabalho, certo? Não é só produzir, é conseguir repensar o caso. É fazer reuniões e mostrar a importância de projetos de humanização, de projetos educativos, de projetos de pesquisa.

Temos muito potencial para ser e fazer da psicologia referência na região. Soube que a Unitaú começou uma pós-graduação em psicologia hospitalar. Achei estranho não termos contato. Temos de ser referência, sim! Temos potencial.

Temos de contratar mais psicólogos. Efetuar uma divisão entre as enfermarias, ambulatórios e unidade intensiva. Dessa forma, conseguiremos fazer uma rotina, uma rotina mesmo. O importante da rotina é visitar todos os pacientes. É um protocolo visitar todos, mesmo que não sejam necessárias novas visitas. O paciente irá entender que tem um psicólogo. Vai saber que isto faz parte do tratamento e da condução do caso. Então, é por isso que acho que a rotina é tão importante. Sei que, atualmente, não é possível, mas acho que dá para fazer muito mais na lógica da interconsulta. Nós temos de fazer um processo de educação da equipe do hospital. Eles têm de reconhecer e não é vir de cima para baixo.

Infelizmente, o nosso conselho não nos ajuda com o trabalho prático. Não ajuda em nada. Nós entramos em contato para saber como poderíamos evoluir no prontuário. Queremos saber o que poderíamos colocar sem comprometer o sigilo. A sugestão foi: fala que está em acompanhamento. Como se faz um trabalho que declarei aqui, gastando toda essa saliva, para escrever apenas isto? Imagina! Não temos contato com o noturno, mas como a equipe irá saber conduzir com apenas esses dizeres? Como a equipe saberá a evolução do atendimento psicológico daquele paciente? Se eu deixar apenas que ele está em acompanhamento? Então, temos de nos virar para resolver esses problemas. Além

disso, há a própria questão da carga horária, eles não tocam. É complicado, pois não é lei. Há um certo consenso, em algumas prefeituras os psicólogos fazem trinta horas. Isso permite que eles continuem estudando após o trabalho. Não conseguimos apoio para participarmos de eventos. Há muitas coisas em que estamos engatinhando.

E sindicato, não sei, mas há muita lama na questão política. Está embaçado (...) os psicólogos estão revoltados com o sindicato e com o conselho. Muitas pessoas não colaboram financeiramente com o sindicato. E ficamos isolados. Eu gostaria de estar mais a par do movimento, mas não sou ligado a isso. Na verdade, não consigo ouvir propostas concretas. Os profissionais, em sua maioria, são liberais, é uma característica da psicologia. Então é difícil ter uma pauta, uma reivindicação como uma classe trabalhadora. Diferentemente do serviço social. Eles já são linha dura, são unidos, estão reivindicando, porque a atuação é limitada. Não sei se é este o termo, mas têm um campo específico.

A psicologia é muito ampla, abarca Recursos Humanos, saúde, consultório. Tem muita coisa. Acho que é um pouco dividido nesse sentido, tanto pelo sindicato que responde pela gente não é o da psicologia. Fazemos parte do sindicato dos profissionais da saúde. Não sei como ficaria se eles tentassem “botar o pé aqui”. Acho que não seria possível. Não sabemos que tipo de acordo os sindicatos têm com os hospitais.

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

Em resumo, hoje quem mais influencia nas minhas decisões sou eu. Acho que não tenho mais o que falar, se ficou algo, vou “sofrer”¹⁸ depois (...) mas não me recordo de mais nada.

Psicólogo

Entrevista realizada em 25 de janeiro de 2019

¹⁸ O narrador fala em tom de brincadeira e risos, mas reflete sobre quem influencia nas suas decisões diárias.

O orgulho profissional e as contradições da liberdade sem autonomia

Eu escolhi a fisioterapia, pois eu tinha uma avó que teve duas quedas. Por causa disso, ela demorou para começar a reabilitação com um fisioterapeuta, já que, na minha cidade, não havia esse profissional. Era uma cidade bem pobre no Estado do Paraná. Nós conseguimos esse fisioterapeuta em outra cidade. Ela não conseguia movimentar o membro inferior e fez duas cirurgias em um hospital sem muitos recursos. Ele veio e fui acompanhando a reabilitação da minha vó. Fui gostando daquilo, por que víamos a melhora.

Minha irmã estava cursando Enfermagem no Estado de São Paulo, então conversamos sobre isso. Ela disse que havia faculdade de fisioterapia no Vale do Paraíba e, de vez em quando, ela acompanhava alguns atendimentos. Quando ela se formou, eu já estava terminando o cursinho. Minha irmã me avisou sobre um estágio na área hospitalar. Fui e me apaixonei mais ainda. Antes disso, eu só conhecia a parte de reabilitação em “neuro” e ortopedia.

Prestei vestibular em várias cidades em diferentes Estados. Passei em uma faculdade no interior do Estado de São Paulo mais ou menos no ano de 2000. No curso de fisioterapia, fiquei mais encantada com hospital e não pela atuação em reabilitação. Quando terminei, pedi um estágio em um hospital oncológico na cidade de São Paulo. Lá, tive contato com pacientes internados em unidade de terapia intensiva, fiquei cerca de um mês lá. Em seguida, fui chamada para um outro estágio em um hospital do tipo geral. Lá conheci minha futura chefe.

Fui contratada, fui ficando e ficando. Depois, fui transferida para o Vale do Paraíba, quando acabei assumindo o serviço de fisioterapia aqui no hospital. Na época, minha chefe me colocou como uma líder, assumi a supervisão. Logo, ela decidiu voltar para a capital, então assumi totalmente a gestão do serviço aqui.

Fiz uma pós-graduação na área de Terapia Intensiva, concluída em 2005. Então, minha experiência foi somente na área hospitalar. Nunca trabalhei em consultório, ou com pacientes particulares. Cheguei a coordenar uma clínica de reabilitação em ortopedia e “neuro”, mas nunca atuei. Fui gestora dessa clínica, por que a diretoria pediu, mas não tinha contato direto com os pacientes. Entrei em uma pós-graduação em ortopedia, mas parei. Fiz devido a esta clínica em que era responsável técnica a pedido da diretoria. Quando mudou a administração da instituição em que trabalhava, preferi fazer outra pós-

graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar. Dessa forma, continuei na área de que eu gosto. Aliás, gosto da parte administrativa.

A reabilitação é completamente diferente da fisioterapia hospitalar. No hospital, o paciente pode chegar consciente e orientado ou, ainda, inconsciente devido a um trauma. E são dois papéis diferentes com resultados diversos. O paciente que chegou consciente, você pode imaginar que ele logo sairá de alta e estará “super” bem, mas ele pode complicar.

Algumas vezes, o paciente “super” grave, que você pensa que não vai aguentar, depois de dois ou três dias, é possível tirar o paciente daquelas condições e ele vai para casa. Nós ficamos esperançosos para ver o final feliz. Há muitos pacientes que infartam, que são uma bomba relógio, passam por cirurgias, estão com 90% de oclusão arterial e com uma fração de ejeção de trinta. Há um prognóstico ruim, mas nós conseguimos reabilitar a parte respiratória e ele recebe alta. Isso é muito gratificante.

Existem pacientes internados na terapia intensiva que são crônicos. Estão lá há cerca de cinco meses e nós conseguimos tratar. Percebemos a evolução daquele paciente também na parte respiratória. Ficamos felizes quando conseguimos fechar uma “traqueostomia”, pois o paciente volta a falar e tem alta para a enfermaria. Ficamos satisfeitos quando vemos um paciente voltar bem para casa e sem nenhum dispositivo. Há aqueles pacientes que perdemos, aqueles que nós achamos que vamos conseguir (salvar), mas não. Apesar disso, é muito gratificante. Especialmente, quando o paciente volta depois e fala para você: “Nossa! Eu fiquei aqui olhando você me chamando para fazer uma máscara. Você brigou por mim! E hoje estou aqui.”

Então, isso é muito gostoso. Atuamos na ortopedia e na motora, mas meu foco dentro do hospital é a fisioterapia respiratória. Se eu tirar aquele paciente do ventilador mecânico, sei que ele tem 90% de chance de ficar melhor do que sob ventilação mecânica. Há um grande risco de infecção.

Pensando no contexto, nós trabalhamos em equipe mesmo. O paciente acordou? Tirou da sedação? Evoluiu para desmame ventilatório? Se isto não acontecer dentro de 48 horas, o paciente já está dependente do ventilador. Quando ocorre a sedação, os músculos ventilatórios param. Então, você não tem nada, não tem controle algum, tudo depende da máquina.

E aquela máquina, você vai ficando, ficando, acumulando secreção e mais secreção. Não tem movimentação dos pulmões. Tudo isto facilita a infecção. Então, as falas do nosso trabalho, quando pegamos o plantão são: “Qual paciente vai sair da

sedação? Qual paciente que nós iremos “desmamar” do ventilador? Quem é aquele paciente que irá para “ReOp”¹⁹? Qual paciente não receberá alta”?

Fazemos uma análise sobre o paciente, de quem tem chances de evoluir bem e quem não tem. Acompanhamos o paciente grave, verificamos como ficou de manhã, de tarde e à noite. Assim, podemos entender se ele conseguirá sair da terapia intensiva (...) Isso é um “resumão” da parte hospitalar, mas me considero realizada profissionalmente e reconhecida pela equipe.

Nós temos muitos desafios na nossa rotina. Muitas vezes, o médico nos chama para avaliar um paciente que está com um pulmão totalmente fechado²⁰, que não ventila e tem risco de morte. Nós precisamos “abrir” aquele pulmão a partir de técnicas manuais. A fisioterapia é muito manual. Então, a rotina é alterar os parâmetros ventilatórios, conferir pressão, avaliar radiografias, gasometrias e estabilidade hemodinâmica. Observar se tem ou não droga, se está ou não sedado.

Depois de duas horas, avalia de novo, pede uma nova radiografia. Enfim, aquele pulmão ficou aberto. Eu envio para a equipe as fotos do antes e do depois, todos ficam felizes. Quando o paciente sai da sedação, alguns conseguem se lembrar. Eles falam: “Nossa! Doutora, eu lembro de você apertando... Eu lembro de você fazendo a máscara de VNI.”²¹

Então, por mais que ele esteja sonolento, ele te vê e agradece. Nós temos o hábito de conversar com eles e explicar os procedimentos. Falamos sobre o processo de intubação e sobre o de extubação. O paciente se recorda e reconhece. Dessa forma, tudo isso é muito gratificante, tanto pela equipe, quanto para o paciente e para o familiar. Há diferentes pessoas que nos apoiam.

Todavia, existem aqueles que se negam a executar as nossas recomendações. Se negam a utilizar a máscara. Assim, é necessário envolver a família. O médico é a nossa ajuda para a orientação dos familiares para uma melhor adesão ao tratamento.

Muitas vezes, os pacientes sentem desconforto na utilização da máscara e é difícil conseguir adesão. Então, os familiares são importantes para ajudar no tratamento e, depois, quando há melhora, vem o agradecimento. Essa melhora acontece depois, às vezes o paciente pede desculpa, nós sabemos que a máscara dá uma sensação de sufoco, mas

¹⁹ Necessidade de nova abordagem cirúrgica.

²⁰ O narrador quer dizer que o pulmão não consegue fazer as trocas gasosas necessárias para obtenção de oxigênio e para manutenção da vida.

²¹ Máscara de VNI (máscara de ventilação não invasiva), produto correlato utilizado para procedimentos terapêuticos.

depois há benefícios tanto para a parte respiratória quanto para a cognitiva. Antes disso, o paciente estava retendo CO₂, assim isso rebaixa o nível de consciência. Ele normalmente não sabe onde está. Nós conseguimos entender essa situação e conversar com eles. Ele ficará uma horinha ali, mas depois vai ficar bem melhor. Então, ele agradece de novo devido ao alívio, pois está respirando melhor.

Muitas vezes, as pessoas não entendem e questionam o nosso trabalho. Falam: “O que é aquilo ali? O que ela está fazendo? Puxa o ar, solta o ar. Isto não tem resultado nenhum”.

Não! Tem resultado, sim! Vai ter, tanto no uso de um Respirom^{®22} ou no uso de uma máscara. O resultado final será bom. Se não surtir o efeito esperado, tentamos outras condutas. Muitas vezes, o básico é suficiente.

Alguma resposta haverá com o tratamento fisioterapêutico. Lógico, existem aqueles pacientes graves que não vão conseguir, que nós sabemos que não é possível. Contudo, eu adoro a fisioterapia.

Desde o início, sempre fui Pessoa Jurídica, nunca trabalhei em regime CLT. A primeira empresa em que entrei, tinha cinco sócios e alguns funcionários. Quando eu vim para o Vale do Paraíba, resolvermos abrir uma empresa com apenas sócios, sem funcionários. Pensando sobre isto, eu gostava mais deste tipo de contrato, anteriormente. Fico na dúvida, gosto em partes, em algumas horas. Afinal, você tem mais autonomia de fazer!

Fazer seu horário. Cumpro minha carga horária, mas tenho mais flexibilidade. Os outros fisioterapeutas têm horário de entrada e saída, mas não podemos cobrar tanto, porque eles não batem ponto. Não em ponto. Normalmente, respeitamos um atraso de 10 minutos. Na empresa, não existe falta. Se um horário ficar em aberto devido à falta de um profissional, há uma quebra de contrato, o que prejudica a empresa. Então, nunca tive: “Ah! Não vou trabalhar hoje”!

Muitos vão, mesmo quando estão doentes. Os sócios dizem: “Eu vou, mas estou um passando um pouco mal. Vou descansar um pouquinho, mas dá para atender”. Mesmo que o absenteísmo seja quase inexistente, há um lado ruim. Vemos situações que são muito tristes, às vezes. Uma fisioterapeuta perdeu um bebê. Ela ficou afastada pelo INSS²³, mas ela recebeu apenas um salário mínimo. Isto não é o que ela ganhava, pois

²² Aparelho para incentivo e treino dos músculos respiratórios;

²³ Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);

tinha vários horários dentro do hospital. Eu fico pensando nisso e isso me entristece um pouco.

Por sermos empresa, pagamos o INSS, contador, advogado, tanto para a empresa quanto para os sócios. Todavia, este valor é irrisório. Então, como fica isso? E se eu ficar doente? Já pensei várias vezes nisso. E se amanhã eu perder o contrato? O que eu tenho? Não tenho benefício algum. Você vai embora com uma mão na frente e outra atrás.

O distrato deve ser avisado com trinta dias de antecedência para ambas as partes. Contudo, não há nenhum tipo de garantia. Você vai embora! Tchau! Já quem segue o regime CLT tem todos os benéficos da lei. Sinceramente, não sei quais são, porque não temos.

Veja que, se eu quiser romper a sociedade, é muito difícil. Temos de fazer uma votação dentro da empresa, como se fosse uma assembleia. É necessário guardar todas as reclamações, todos os problemas que aquele sócio porventura fez. Contudo, por mais que você não seja CLT, há as regras e as rotinas hospitalares que devemos seguir. Por exemplo, precisamos entrar pelo acesso de funcionários. Não podemos utilizar tênis nas dependências, as unhas devem ser curtas e com esmalte transparentes. Alguns sócios não aceitam essas normas e questionam sobre as proibições que não são aplicadas aos médicos. Por que a médica pode pintar a unha de vermelho e eu não? O médico vem de sandalhinha, por que não posso vir?

Outra questão é o acesso ao refeitório, questionam por que eles não podem usufruir, já que o médico pode. Por que não tenho esse benefício? Em datas comemorativas, como natal e ano novo, por que existe a necessidade de estar aqui? Afinal, para trabalhar nessas épocas o médico ganha dobrado e eu não!

Indagam o porquê de a Enfermagem ter determinados benefícios e os profissionais da fisioterapia não. Sei que a Enfermagem é um pouco difícil de lidar, mas até o sócio entender a diferença entre os regimes. Antigamente, isto me magoava mais. Hoje, não. Já sei contornar essas situações. Já fui do assistencial e, realmente, há muita diferença de tratamento entre as equipes. Tem muita diferença e com o tempo vem a desmotivação. Sempre penso: vou arrumar um emprego na minha área, vou mudar de profissão, vou pegar um emprego CLT. Será que vou conseguir seguir as regras de horários fixos?

Hoje em dia, tenho um horário flexível. Cumpro minha jornada quando precisam de mim. Posso entrar às 7 horas, às 6 horas, um pouco de manhã, um pouco na parte da tarde. Almoço. Vou embora, volto à noite. Então, eu consigo fazer meu horário. Aos finais

de semana, se estão precisando, eu posso vir. Algumas vezes me ligam de madrugada e eu tenho de vir trabalhar. Não posso deixar a minha equipe com dúvida.

Se um médico pedir para visitar um paciente que está ruim, eu também vou. Tem questões que são de muita responsabilidade. Ser PJ nem sempre é bom. Quando as pessoas aderem à empresa, nem sempre levam a sério. Acham que é brincadeira, há muita imaturidade. Eles imaginam que, se não atenderem um paciente, não vai dar problema algum para eles. Afinal, não têm a mesma cobrança. Não existe advertência, não tem suspensão como existe no regime de trabalho regulamentado pela CLT.

Quando é assim, tenho de chamar e fazer uma reunião. Expor a situação daquele sócio, por exemplo, se o paciente não foi atendido e a família reclamou, ou, ainda, se a pessoa foi grosseira, ou se, de alguma forma, o paciente foi prejudicado. Então, é realizada uma assembleia com todos os sócios para discussão dos casos. O advogado pode ser convocado a participar. Em outros casos, devo chamar aquele sócio sozinho.

Eu fico muito presa, há muitas situações que não sei como lidar. Alguns deles perguntam sobre o porquê de estar sendo cobrados. Questionam sobre o que irá acontecer se não vierem trabalhar ou se não atenderem determinado paciente.

Como todos são sócios, não existe aquela cobrança. Eu posso conversar, pedir para não se repetir. Contudo, quando ocorrem novas atitudes com as quais a empresa não concorda e o advogado também, fazemos uma assembleia. E, aí, tudo fica mais difícil, pois, no meio de vinte pessoas que fazem parte da empresa, tem aquela parte do “coleguismo”. Você escuta que a pessoa é engraçada, boazinha, que trabalha bem, mas pecou naquele momento. Então, a situação vai se prolongando de votação em votação, por dó ou por “coleguismo” a pessoa fica e prejudica a empresa inteira.

Eu já tirei um sócio que me deu muito trabalho. Conversei com ele, mas ele disse que iria continuar com a mesma postura. Sendo assim, se não se aprende no amor, se aprende na dor. O advogado enviou uma carta para ele comparecer a uma reunião. Colocamos toda a situação e, na época, decidimos pela saída dele realmente. Infelizmente, ele humilhava as auxiliares de limpeza e também outras pessoas da equipe de enfermagem. Ele se achava melhor que todos. Eu não concordava com isso, e os outros sócios deram razão. Desta forma, ele foi desligado da empresa.

De qualquer forma, foi difícil pois algumas pessoas pensavam só em si mesmas. Afinal, se ele saísse com quem eles poderiam trocar plantão nos dias de feriados e festas?

Há algumas pessoas que tornam esse tipo de empresa difícil, mas eu nunca desisto. Se eu vejo alguma alternativa, o advogado me ajuda com a melhor decisão. Alteramos as

cláusulas do contrato. Enfim, eu não entendo muito de como é ser CLT, mas gostaria de ter alguns benefícios da CLT.

Eu não tenho férias, no máximo posso tirar uma semana. Não posso deixar 30 dias a equipe sozinha. Pelo que muitas pessoas brigam e sobre o que questiona é o décimo terceiro. Eles gostariam de ter. Nisso, eu já não me apego tanto, tenho mais interesse nas férias. Outra questão é se eu ficar doente. A idade vai passando, no começo somos novos, mas e depois? O que vai ser do meu futuro? Se eu sair, o que vou fazer?

Quando a empresa aumentou o número de atendimentos, resolvi colocar um líder para me ajudar. Afinal, é muito trabalho para uma pessoa somente. Quando ela tem alguma dúvida, ela me pergunta sobre como responder um e-mail, às vezes ela me envia para avaliação.

A escrita é muito complicada, pois podemos interpretar de uma forma diferente do a fala. Então, normalmente, prefiro conversar pessoalmente ou ligar. Temos de tomar cuidado com a forma como utilizamos as palavras, pois podem achar que somos grosseiros. Quem não me conhece bem, pode achar que sou brava, por isso busco contornar algumas situações para não gerar atrito. Assim, evitam-se exageros. Atualmente, tenho mais cinco pessoas novas.

Certo dia, um novo sócio questionou mil coisas. Ele achava que ia ter direito a plano de saúde. Falei: “Lembra? PJ não tem benefícios”! No dia da prova, falo como são as regras. Quando você vai para casa, já é para pensar. Quando chamamos a pessoa, relembramos o contrato. A pessoa será sócia de uma empresa, terá de seguir algumas normas, deverá comparecer às reuniões mensais. Esse é o momento em que o sócio pode expor sua opinião, contudo, se faltar, não há como reverter se a maioria disser sim.

Tem uma sócia que está me dando um pouco de trabalho. Ela foi contratada em outro hospital. Ela me passou algumas datas em que pode vir às reuniões e, para não gerar muito atrito, aceitei. Ela deseja falar, mas preciso discutir também sobre os problemas que ela tem causado no plantão noturno. Com uma nova líder, conseguirei melhorar a supervisão, faremos visitas ao plantão noturno para entender alguns problemas. À noite, pode acontecer de tudo. Se eu quiser deixar e dormir até as seis horas da manhã, é possível.

Antes, eu ligava a noite para saber como estava o plantão ou para falar sobre alguma questão. Tem muito paciente que fica sem ser atendido no período da manhã, então, a noite é fundamental para continuar o tratamento. Ligava para falar sobre a necessidade do atendimento antes que o paciente dormisse. Relatava quando um familiar

estava reclamando ou se o médico queria dar alta, pedia para o sócio subir. Mesmo assim, o fisioterapeuta não ia prestar o atendimento.

Posteriormente, devemos colocar isto em ata e se acontecer de novo com o mesmo fisioterapeuta, eu já sei como lidar. Ligo para o advogado, porque é muito grave um paciente que está precisando ficar sem ser atendido. Eu não posso me negar, mas já tive vários casos assim. Tudo isso é muito cansativo mentalmente.

Acredito que, em uma sociedade, a liderança fica mascarada. Outro sócio brinca que a solução seria montar uma empresa só da gente. Tenho dúvidas sobre a contratação de funcionários. Existe muito risco, especialmente trabalhista. Dificilmente, um sócio irá processar o outro, afinal estão na mesma empresa. Não é? Você não ganha os mesmos benefícios, você tem os mesmos problemas.

Gente?! Estou no mesmo barco que todo mundo. Então, tentamos manter a harmonia da sociedade. Contudo, há pessoas que ficam influenciando os outros. Falam sobre o baixo salário e sobre o volume de trabalho, então muitos não querem ficar. Havia um fisioterapeuta que reclamava que o serviço era ruim. Um dia, uma fisioterapeuta, depois de conversar com ele, veio chorando e pediu para sair. Segundo ela, era seu sonho trabalhar na área hospitalar, mas não aguentava a pressão dos outros que diziam que o serviço era ruim.

Eles reclamam de tudo. Todavia, eu falo para eles: se não está bom, então tem de procurar o que está bom. Se, para mim, não estiver mais adequado aquele ambiente, eu vou falar. Agradeço, mas vou procurar outra coisa. Não dá para ficar esperando.

Realmente, não temos décimo terceiro, não temos um salário alto, não temos um piso salarial adequado, trabalhamos quase todos os fins de semana, não temos adicional noturno. Tudo isso, não temos como PJ. É difícil contornar tudo isso. Existem aquelas pessoas que fazem muito pela empresa, mas elas recebem o mesmo da outra que não faz nada. O salário é idêntico, são cotas iguais. Eu também sou sócia, mas há diferentes opiniões. Há pessoas que estão ali sem se importar e não querem crescer junto com a empresa. Elas nos deixarão assim que tiverem outra oportunidade. O tempo passa e as melhorias não chegam, eles se acomodaram.

Para mim é muito difícil, não consigo tirar uma pessoa que não agrega para empresa ou ao próprio ambiente de trabalho, mesmo que eu queria que ela saia, não posso fazer isso. Temos que ter um motivo real e colocar em votação. Ainda assim, é complicado, já que muitos sócios não querem se expor. A votação é feita por cédula, a maioria reclama, mas não colocam seus argumentos para o colega.

A reunião existe para pontuar os erros e os acertos de todo mundo. É o momento para falar o que você não gostou e também é o momento para se elogiar. Eles só veem a parte ruim. O pessoal não leva a sério as reuniões, procuro reforçar que eles estão assinando. Pergunto: vocês estão escutando o que estou falando? Depois, eles sempre dizem que não foi falado um determinado assunto, mas é só ler a ata que foi assinada.

Normalmente, eles não lembram. Acho muito difícil ser gestora de uma empresa. Tenho uma amiga na mesma situação, ela sempre brinca que está sem cabelo. Veja que há pessoas que dão trabalho, mas se você tirar vai dar mais trabalho ainda. Então, você releva e contorna. Ela pode entrar com uma ação, mas e se ela prejudicar a empresa? O que o hospital pode achar da postura dela? Fico com receio, mas todo dia você se depara com uma situação nova.

Certa época, fiquei muito preocupada com a situação de uma menina que conseguiu um emprego CLT. Ela saiu, mas como o marido era advogado, disse que não iria pagar a alteração contratual para tirar o nome da esposa. Segundo o entendimento dele, a fisioterapeuta não pagou para entrar, então não deveria pagar para sair. Ele era muito grosseiro e me ameaçava. Dizia que chamaria o Ministério do Trabalho. Então, ela permaneceu na empresa até eu conseguir um sócio para substituí-la. Assim, iria fazer a alteração do contrato social.

Contudo, nesse meio tempo, ela foi desligada do hospital em que era CLT e perdeu todos os direitos, pois ela ainda estava vinculada a nossa empresa. Isso foi uma dor de cabeça. Aprendi do pior jeito. Hoje, um sócio sai, já faço um novo contrato.

Com o tempo, você aprende a lidar com a empresa e com as dificuldades que vêm com ela. Há muitas dúvidas dos sócios, pois eles querem saber se pedi o reajuste ao hospital. Dizem que para mim está bom, já que eu ganho mais. Eles querem saber se eu brigo por eles, se eu falo com a Diretoria, se eu peço melhorias. Eles alegam que eu não atendo paciente, que eu não tenho dificuldade, pois não coloco a mão na massa. Você escuta muitos comentários ruins. Sabe, para eles, eu não ligo, mas não entendem que eu também dependo de outras pessoas.

Quando chega o Natal, eles querem ter direito à ceia no hospital. Você foi pedir? Questionam. Muitas vezes fui a diretoria e pedi para deixar os fisioterapeutas participarem. Noutro ano, deixei eles levarem uma ceia junto com a Enfermagem. Alguns conflitos me magoam. Você se sente impotente e sem saber o que fazer muitas vezes.

Não sei se esse tipo de coisa está relacionado à valorização do fisioterapeuta no hospital e não sei se eles entendem como obrigação a presença do profissional. De

qualquer forma, atualmente, você deve ter um fisioterapeuta por pelo menos 18 horas²⁴ no hospital.

Muitos médicos, e até mesmo a gestão, valoriza nosso trabalho. Afinal, conseguimos ajudar na rotatividade de leito. É um trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional. Todos têm o objetivo de conduzir o melhor tratamento para o paciente ir logo de alta. Quando começamos a atuar no pronto atendimento, houve muita melhora nesses índices. A médica coordenadora nos ligou e disse que percebe como o nosso trabalho é importante para a evolução benéfica daquele paciente. Há casos em que conseguimos evitar a intubação de um paciente e, além disso, existe aquele paciente que, a partir de dois atendimentos, tem uma melhora considerável. Quando assumi a gestão de um outro hospital, recebia a estatística comparativa de como era e como ficou após a contratação do nosso serviço. Isto é muito legal, vamos tentar melhorar mais, vamos colocar mais fisioterapeutas! No fim, é gratificante quando um médico agradece pelo nosso atendimento e quer saber qual o nosso horário. Muitos médicos não sabiam o que fazíamos, mas, depois de um tempo, conseguimos esse reconhecimento. Um paciente que tem um problema ortopédico, se há acompanhamento fisioterapêutico, logo irá conseguir deambular e ir embora para casa. Sempre incentivamos o paciente a lutar contra a dor e a seguir com a reabilitação.

Todavia, há aqueles que não valorizam dessa forma, por isso acredito que nós devíamos ser mais valorizados e, acima de tudo, o próprio profissional deve se valorizar. Eles não devem pensar, estou ganhando pouco, vou fazer o que dá!

Não! Isso não está certo! Estamos aqui pela nossa profissão. Sabemos que irá dar resultado para o paciente, então é muito bom chegar em casa e pensar sobre o que fez durante o seu trabalho. Ir com a consciência tranquila, eu fiz o melhor por ele. Pensar que era essa a profissão que queria. É para isso que trabalhamos. Temos de continuar estudando e aprender coisas novas. Visitar outros locais.

Falo sobre isso com os fisioterapeutas, sobre a importância de conhecer outras realidades. Ontem fiz uma entrevista, o candidato relatou que já atendeu vários pacientes com desmame difícil. Então falei, quero conhecer o seu protocolo, quero saber como você

²⁴ RDC nº 07, em 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de uma UTI, prevendo a presença do Fisioterapeuta nesta unidade, por, no mínimo, dezoito horas. *Art. 14, parágrafo IV, Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação (BRASIL, 2010).*

faz. A ideia é trocar experiência e valorizar o trabalho. Temos de refletir, pois, quando um médico critica o nosso trabalho, há cinquenta que elogiam. Certo? Estes veem o esforço que fazemos aqui dentro com poucos fisioterapeutas.

Em contrapartida, a valorização não é só o reconhecimento do trabalho, mas também envolve questões financeiras. Alguns profissionais desistem e acabam procurando outra área, pois não conseguem se manter com o valor recebido. Falo que podemos tentar melhorar juntos, que não adianta ir para outro hospital, que vamos tentar melhorar e conquistar algo mais para frente. Iremos pleitear um café da manhã ou da tarde, com o tempo podemos melhorar. Infelizmente, não é fácil. Não é não!

Acho que, ao longo do tempo, conquistamos alguma autonomia sobre nosso trabalho. Contudo, ainda em pediatria não temos muito poder de decisão. Quando eu entrei na área hospitalar, aprendi que, em pediatria, ventilador você não mexia. Você não solicita exame. Então, pedíamos: doutora, você pode pedir uma gasometria? Uma radiografia? Nós precisamos ver como o paciente está evoluindo. A resposta era não! Cheguei a receber ligações, o fisioterapeuta está pedindo exames, mas a conduta é médica.

Os pediatras abraçam a criança. Ela passa a ser deles, assim há médicos mais resistentes. No adulto, é mais fácil a abordagem, muitos deixam você seguir com sua decisão. Alguns pedem para mudar uma conduta, mas explicamos o nosso ponto de vista e conseguimos dialogar. Com algumas equipes, temos mais liberdade de atuação. Atualmente, no hospital, a pediatria melhorou, pois eles passaram a confiar no nosso trabalho. Então, temos autonomia para mexer no ventilador. Só que esta autonomia não é cem por cento, há médicos que falam: eu sou médico, então você tem de respeitar.

Os outros profissionais também influenciam no nosso trabalho. Se não trabalhar em conjunto com a Enfermagem, você sentirá uma grande dificuldade, pois eles são a maioria. Então, eu sempre falo para os meus sócios para que eles tenham um bom contato com a enfermagem. Se seguirem este conselho, o trabalho irá render.

Nós dependemos da enfermagem, pois conduzem o cuidado. É através deles que sabemos como estão o paciente, eles que pegam os exames e sabem a rotina do setor. Qual paciente foi para “tomo”, “raio-x”, se foi para “Reop”. Isso é tanto para as enfermarias como para as unidades de terapia intensiva.

Percebemos que temos mais dificuldade com a Enfermagem nas enfermarias, já nas UTIs é muito gostoso de trabalhar com eles. Acho que todo hospital é assim.

A equipe multiprofissional da UTI agrega muito, há a “fono” e uma dentista também! O psicólogo, precisamos que ele acompanhe um paciente tetra ou paraplégico. Você precisa daquela evolução, afinal ele precisa aceitar o que ele se tornou. Ele pode não conseguir mexer a perna e o braço. Os pacientes perguntam: o que vai acontecer comigo? Então, solicitamos o acompanhamento da psicologia. Muitos deles se entregam, desistem, não sabem como enfrentar essa situação. Os psicólogos ajudam muito nessa parte. Temos um bom contato com a nutrição, pois tem paciente que não tem força muscular. Eles ajudam muito na recuperação.

Temos as reuniões multidisciplinares para discutir. É falado da dieta, de como está evoluindo a parte respiratória do paciente, entre outras coisas. Tudo é discutido de forma a pensar em uma melhor condução do caso. Precisamos trabalhar em equipe. Eu, sozinho, não consigo tirar o paciente dali. Alguns fisioterapeutas falam que o médico não viu tal situação. Eu reforço que eles sempre podem conversar, pois não adianta apenas questionar e não opinar. Você deve falar, deve conversar. Deve ocorrer a discussão do caso. Precisamos avaliar os exames, precisamos entender os casos, precisamos conversar. É uma equipe “multi 100%” ali dentro. Se isso não acontecer, o paciente não evolui.

Há médicos que ouvem quando falamos e discutem na reunião “multi”. Agora, tem muitos médicos que intubam e não chamam o fisioterapeuta. Anteriormente, a enfermagem podia preparar o ventilador. Aos poucos, a equipe foi entendendo que existe a figura do fisioterapeuta e, realmente, cada um tem sua área.

Todos têm a sua parte, a médica, a farmacêutica e a psicóloga. Todavia, até você conquistar e demonstrar o seu trabalho é diferente o reconhecimento. No outro serviço, a enfermagem se oferecia até mesmo para ventilar o paciente, mas eu dizia que não era preciso, pois tínhamos uma equipe para o atendimento em 24 horas e estávamos à disposição para qualquer dúvida. O domínio agora é nosso!

Acho que a resistência maior neste aspecto foram os enfermeiros. Afinal, há muitos médicos que não entendem dessa parte mais específica da ventilação mecânica. Então, eles preferem deixar a técnica conosco. Já a enfermagem diz: “Nossa, tem paciente que está com a PEEP²⁵ de 100%. Então, devolvo: o que é PEEP para você? Há sempre falas que dizem respeito ao trabalho da fisioterapia. Será que eles entendem realmente o

²⁵O narrador se refere à pressão positiva expiratória final, parâmetro fornecido pelo equipamento, que auxilia na decisão terapêutica.

que estão dizendo? Talvez isto aconteça porque eles são a maioria. Questionam o porquê de o fisioterapeuta ter direito de realizar determinadas atividades. Não sei, para mim, parece uma “briga de egos”.

Claro! Muitas das meninas que estão na equipe de enfermagem nos abraçam. Acham “super legal” o nosso trabalho. Pedem para ensinarmos e demonstrarmos as nossas atividades. Todavia, há aqueles que acreditam que não passa de uma “bobeira”. A fisioterapeuta só fica mexendo naquele botão.

Acho que nosso Conselho não nos fornece apoio na regulamentação e também na valorização da profissão. Fui buscar o contrato social da empresa e, logo quando cheguei, a atendente disse que já saiu a anuidade. Fiz uma colocação de que não entendia a cobrança, pois quando ligamos pedindo auxílio não tivemos retorno.

Anteriormente, não havia regulamentação que desse suporte a uma PJ. Atualmente, é diferente. Eles sabem e assinam o meu contrato. Acho que a falta de valorização também está relacionada a essa questão.

A enfermagem muitas vezes reclama do próprio conselho. Gente?! Eu não tenho isso. Não tenho sindicato! Percebo a diferença de atuação para as outras profissões. Conheci um diretor do CREFITO, pois veio nos visitar. Ele disse que as melhorias não dependem somente dele e entende as necessidades. Entretanto, está tudo tão “largado”. Eles não têm poder. Fiscalizam apenas se tiver uma denúncia. Faz mais de quatro anos que não vem uma fiscalização no hospital. Ninguém olha os documentos. Todavia, segundo o diretor, há uma promessa de melhora.

Enquanto isso, há pessoas exercendo a profissão e não deveriam. Muitos lugares estão irregulares. Pessoas que não se formaram ainda. Tomo muito cuidado na contratação, sempre ligo no conselho para saber se a pessoa está ativa. Faço isso pelo CPF.

Hoje, enfrentamos muitas dificuldades no que tange à regulamentação da nossa profissão. Tive um caso para o qual solicitei auxílio, pois acreditava que a fisioterapeuta estava fazendo procedimentos médicos, tal como aumentar a sedação de um paciente. Não tive retorno, mesmo seguindo toda a burocracia para se obter uma resposta.

O sindicato da mesma forma não nos ajuda em nada. Temos um que não contribuimos, pois não colaboram conosco. O CREFITO fala que é o sindicato que deve brigar por algumas questões, por exemplo o aumento do piso salarial. Contudo, o pedido de aumento nunca foi para frente.

E isso não acontece por falta de apoio dos colegas. Falta todo mundo se reunir e brigar pela profissão. Certo? Há pessoas que aceitam trabalhar por R\$ 10,00, outras por R\$ 50,00 e algumas por R\$ 100,00.

Aquele que atende pelo menor valor diz que precisa trabalhar, então não há um consenso. Há disputas pessoais para se atender muitas pessoas a um custo muito baixo. O convênio não remunera adequadamente, o SUS não tem condições de pagar e o dono da clínica não quer pagar. Há muitas brigas. Sempre ouço: você não pode abaixar o valor um pouquinho? Está muito alto! Quantas horas você vai ficar comigo? É valor de médico?!

Não! Essa é a nossa profissão, merecemos cobrar esse valor. As pessoas aceitam pagar um valor maior para o médico, pois é ele que cura! É ele que realiza a cirurgia e que fornece o diagnóstico. Afinal, não vou pagar R\$ 100,00 para mexer o braço e a perna!

Apenas depois de uma melhora é que o paciente compreende a importância da fisioterapia. Contudo, até conhecer o nosso serviço, a maioria acha que fisioterapia é massagem e ponto final! Você vai fazer massagem em mim hoje? Temos de explicar que não iremos realizar massagem, a nossa programação é essa. Daqui a tantas semanas ou meses você poderá realizar determinada atividade.

Sinceramente não sei por que os fisioterapeutas não se unem. Já tentamos fazer reuniões, mas os profissionais não foram. O diretor do CREFITO pediu ajuda dos gestores em um simpósio de que participei. Ele queria discutir e trocar ideias sobre a profissão, mas não sentimos efeito. Então, acaba desanimando. Muitos não ficam na fisioterapia por isso.

No futuro, eu espero que a maioria dos hospitais tenha o serviço da fisioterapia. Atualmente, muitos não têm e não têm condições de ter. Gostaria que houvesse investimentos em equipamentos e materiais. Há muitas tecnologias que podem ser benéficas ao paciente e que reduzam o trabalho manual do fisioterapeuta.

A pesquisa é muito importante. É preciso provar cientificamente que algo está certo. Por exemplo, o caso da imobilização precoce. Algumas UTIs fazem, outras não, então precisamos estudar. Temos de nos unir mais e trocar ideias. Nessas reuniões, seria possível falar sobre as dificuldades e isto ajudará o aluno que vai sair da faculdade e que está indeciso sobre que área deve seguir dentro da fisioterapia. Hoje, fica um vazio para esses formandos, não sabem o que podem fazer ou qual sugestão devem seguir. Isto será importante para auxiliá-los.

Acho que autoridade não está ligada necessariamente ao poder de decisão, ou seja, a pessoa não precisa ser 100% decisiva. Ela deve considerar a opinião dos outros, ouvir

outro profissional e não precisa ser tão incisivo. Não precisa: sou eu que mando aqui, mesmo que não tenha gostado. Por mais que se tenha poder, a palavra final não precisa ser sua. Muitas vezes, já escutei: “Vou fazer desta forma e pronto! Acabou”!

Não pode ser assim, temos de nos sentar, discutir e avaliar. Afinal, por que você quer fazer diferente? Eu tento fazer isso, mas não gosto quando a pessoa não está aberta a isso e impõe seu ponto de vista. A decisão final deve ser construída. A autoridade é uma responsabilidade, ou seja, uma responsabilidade de ouvir os outros e avaliar todos os pontos de vista.

Certo dia, uma fisioterapeuta perguntou: “Chefe! Vou colocar o paciente duas vezes. Você acha que realmente precisa”? Pensei e respondi: “Eu confio em você, se você acha que precisa atender duas vezes, pode fazer. Se achar que não, também vou confiar em você. Desta forma, prefiro confiar até que me provem o contrário. Então, se você acha que isto é o certo, estou com você! Vamos brigar juntos”!

Entretanto, as vezes é difícil trabalhar com a “autoridade” de outras equipes, no caso, a equipe médica. Normalmente, se você faz um bom trabalho, pode conseguir demonstrar seu ponto de vista. Em outras palavras, quando se propõe determinada situação que pode melhorar e, no final, o resultado é positivo, você conquista a confiança. Foi assim na pediatria, antes não conseguíamos realizar o desmame dos pacientes. Atualmente, eles solicitam nossa intervenção e acompanhamento. Conquistamos nosso espaço.

Existe diferença de status entre os profissionais e isso pode estar relacionado à remuneração. Anteriormente, a enfermagem falava que fisioterapeuta era igual a médico, pois eram bem remunerados. Contudo, um dia descobriram que não, que nós ganhávamos pouco. Acho que, em uma escala hierárquica, o médico é o primeiro. Ele é o que realmente manda. Tá certo em partes, pois a responsabilidade maior é dele.

No mais, os outros profissionais estão todos no mesmo nível. Não vejo muita diferença, todos trabalham e têm suas dificuldades e sabemos, lá no fundo, que, se não trabalharmos juntos, não dá certo. Infelizmente, não temos como brigar com o médico. É ele o ponto final. As outras equipes têm uma certa flexibilidade, a nutrição, a farmácia (...). Não tenho problema algum. Contudo, no dia a dia, o conflito sempre acontece mais entre enfermagem, médicos e fisioterapeutas.

O trabalho é uma faculdade. Contudo, para se trabalhar em hospital precisa muito mais do que os quatro anos da graduação. É necessária uma pós-graduação na área,

principalmente em UTI. Então, é um grande investimento e, muitas vezes, você não conseguirá um retorno financeiro compatível.

Penso, dessa forma, que os gestores hospitalares deviam valorizar mais o fisioterapeuta. Afinal, muitas vezes já escutei: por que tanto fisioterapeuta neste hospital? Então, o administrador também faz parte disto, pois se ele não comprar essa ideia, não há como conseguirmos.

Não quero estabelecer um número fixo de fisioterapeuta por unidade. Atualmente, temos de nos esforçar para atender todos os chamados e para ninguém ficar sem atendimento. Portanto, gostaria que a fisioterapia fosse mais valorizada. Queremos um olhar administrativo para o que nós realmente precisamos e a quantidade de profissionais por unidade.

Dessa forma, existe uma grande influência do administrador hospitalar. Tem de existir um diretor que compre a nossa briga. É gostoso quando o diretor é médico e ele compreende o nosso trabalho. Diferentemente de quando eles questionam: o que é fisioterapia? O que fazemos? Assim, preciso demonstrar, na prática, o antes e o depois de um paciente. Precisamos explicar qual é o nosso papel dentro da instituição. Para o administrador não médico, os custos diretos com recursos humanos são bem mais importantes.

Para os diretores, a enfermagem é essencial. Afinal, quem irá cuidar diretamente do paciente? Se o fisioterapeuta não atender, ok! Mas o paciente não pode ficar sem a administração do medicamento, certo? Existe um cuidado intensivo que deve ser prestado 24 horas. É banho, medicamento, entre outras coisas. Não se pode chegar em casa e esquecer de fazer alguma tarefa, é muita responsabilidade.

Portanto, falo hoje para meus sócios: temos apenas um profissional na unidade de terapia intensiva? Graças a Deus! Já melhorou, antes era apenas um profissional para três unidades intensivas. Então, melhorou e pode melhorar. Nós queremos mais, temos de lutar por mais. Só conseguiremos isso, se demonstrarmos a importância do nosso trabalho. Senão, não!

Fisioterapeuta

Entrevista realizada em 08 de fevereiro de 2019.

A autonomia por meio da especialidade

Minha trajetória e interesse pela medicina começou quando era criança e acompanhava o trabalho do meu pai. Ele era médico-cirurgião e, atualmente, abandonou a profissão. Aos domingos, acompanhava junto com ele as visitas aos pacientes. Lembro-me perfeitamente, na parte da manhã, passávamos nos leitos e ele dava alta aos pacientes. Acompanhava também os procedimentos. Acho que foi isso que me despertou o interesse para essa profissão. Quando me perguntavam, quando criança, o que eu ia fazer, a resposta era automática: vou fazer medicina. Enfim, depois comecei a estudar em um cursinho pré-vestibular. Nessa época, era muito jovem e imaturo para entender a seriedade dessa decisão. Então, não passei na primeira vez... Na verdade, frequentava as aulas, porém não estudava como deveria.

Enfim, troquei de cursinho e acho que minha cabeça também, né? Bom, comecei a estudar e me dediquei. Contudo, também não passei naquele ano, foi por pouco. Continuei no mesmo cursinho e, após seis meses, no ano de 2000, fui aprovado em uma faculdade no interior do Rio de Janeiro, em Vassouras.

No início do curso, meu pai me deu outro conselho muito importante e que todo pai deve dar ao seu filho: “Faça algo que, acima de tudo, goste, mas tenha qualidade de vida e que seja bem remunerado financeiramente. Questionei qual seria essa especialização. Então, ele sugeriu oftalmologia, que era uma área promissora, mas citou também outras opções como “otorrino” e dermatologia. Contudo, eu deveria escolher aquela de que mais gostasse.

Desde o primeiro ano, esta era uma ideia que estava na minha cabeça. Então, foi exatamente isso o que aconteceu. Na época, na faculdade havia ligas de iniciação científica, que eram grupos de estudantes que discutiam assuntos ligados a uma determinada especialização. Como queria fazer “oftalmo”, entrei para tal liga. Você fazia uma prova e, depois de estudar, consegui entrar. Quando você passa pela cadeira de “oftalmo”, você pode prestar a bolsa para ser monitor. Este ajuda o professor a dar aula e recebe um desconto de vinte e cinco por cento na mensalidade.

Por sorte, consegui fazer a prova e recebi a bolsa. Entretanto, nunca deixei de estudar as outras disciplinas. Muitas vezes, o aluno só estuda as disciplinas ligadas a sua área de interesse durante o curso. Entretanto, deve-se fazer exatamente o contrário.

Hoje, com os meus alunos da graduação, reforço a importância de estudar todas as disciplinas, como clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, ginecologia e pediatria. Se não se estudar todas essas áreas, não há como entrar na “oftalmo”. Você pode ser o “expert” nessa área, mas se não colocar o “X” correto na questão de pediatria, você não passará na prova.

Então, eu sempre tive isto em mente. Estudava “oftalmo” nas horas vagas, mas continuava me dedicando as outras matérias. Depois, terminei a faculdade e fui para a cidade de São Paulo. Fiquei cerca de um ano em um hospital geral na zona norte da capital, Mandaqui.

Em seguida, resolvi prestar a prova para residência em oftalmologia em um hospital em São Paulo. Cheguei a passar e até mesmo aluguei um apartamento. Mudei a minha vida para aquela região, entretanto, após dois meses, fui chamado para um estágio em uma Universidade do Vale do Paraíba.

Nessa época, existiam duas modalidades para se especializar em uma determinada área de atuação: estágio e residência. Atualmente, isto não é mais permitido. As duas têm as mesmas cargas horárias, ou seja, são idênticas. A diferença estava na remuneração: o residente recebe pelo seu trabalho, o estagiário, não. Então, o aluno de residência devo cumprir três anos bem como o estagiário. Não há diferença de conhecimento, são as mesmas provas e as mesmas cirurgias.

Isto é ruim para o estagiário, quando comparado ao residente. Afinal, este ganha pelo trabalho prestado. Ganha mal por sinal, mas ele não precisa dar plantão de clínica médica. Já o estagiário não tem nenhuma renda, então, para sobreviver, ele deve correr atrás dos plantões. Então, fica bem mais puxado, alguns até desistem do estágio. E, normalmente, o estagiário entra de manhã e não tem hora para sair. Dessa forma, você sai do estágio e já sai para assumir um plantão de clínica médica à noite. Fiz isso durante os meus três anos como estagiário. Eu tinha muita dificuldade, pois já não estava mais estudando clínica. Para falar a verdade, eu não estava mais apto a estar em uma emergência, pois não estava estudando. Afinal, eu estava estudando “oftamo”. Em resumo, eu era um estagiário de “oftalmo” tentando sobreviver dos plantões de clínica médica. Entretanto, essa é a realidade do nosso país.

Bom, depois acabei o estágio. A faculdade o reconheceu. Bacana! Todavia, o estagiário esbarra em um problema legal. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) não reconhece os profissionais que se formam por meio de estágio como especialista. Então, no seu carimbo, não se pode colocar médico oftalmologista. Você pode colocar apenas oftalmologia. São coisas diferentes. Já o residente, quando se forma, já pode colocar oftalmologista. E como conseguimos esta validação? Por meio de uma prova no CBO.

Todos, até mesmo o residente, precisam fazer essa prova. A diferença é que o estagiário não pode dizer que é especialista. Ele não tem esse título até a certificação. Então prestei a prova e passei, em 2014. Na prática, não há diferença no trabalho, não mudei em nada minha rotina, apenas um papel, carimbo e, claro, um certificado!

Interessante que o residente, quando se forma, está habilitado legalmente a prestar a prova. Contudo, o estagiário deve permanecer mais três anos prestando serviço oftalmológico e depois prestar a prova para o título de especialista. Assim, nesse período de trabalho, o ex-estagiário deixa de estudar para se dedicar à profissão. Então, há menores chances de se passar na prova posteriormente. Em contrapartida, o residente, ao se formar está com tudo “fresco”, por assim dizer, terá com isso uma chance maior.

Bom, neste meio tempo, após o término do estágio, resolvi fazer uma subespecialização dentro da própria oftalmologia, que foi o glaucoma. Fiquei mais um ano em um Hospital de grande porte em São Paulo. Essa instituição era um ambiente muito acadêmico e isto proporcionou um conhecimento diferenciado. Avancei muito no que diz respeito ao conhecimento do glaucoma. Então, voltei para o Vale do Paraíba e comecei a coordenar o ambulatório de glaucoma de outro hospital na região. Um grande amigo, que é o meu chefe, me deu essa oportunidade de fazer esse trabalho com os residentes. A partir disso, comecei a me interessar pela área acadêmica. Então, prestei concurso para professor dentro de uma Universidade. Fui efetivado. Hoje, dou aula para o quarto ano de medicina. Isto é o que eu mais gosto de fazer. Adoro dar aula. Se eu pudesse parava de trabalhar e só me dedicaria ao ensino, não à pesquisa, mas às aulas! A prática de lecionar! Eu simplesmente adoro dar aula.

Chego a brincar com os meus alunos, gosto de algo descontraído, assim ensinar é algo que me dá muito prazer. Pena que a remuneração é horrível. Não é diferente de qualquer professor deste país.

Paralelamente, eu conheci esta instituição. Aqui o serviço de oftalmologia estava bem no começo. Um médico que veio de São Paulo foi convidado a estruturar o serviço. Tive a oportunidade de conhecê-lo através de uma pessoa em comum. Disse a ele que gostaria de atuar no Vale do Paraíba, pois minha família era da região. Ele quis conversar comigo e, por ter feito esta subespecialização em glaucoma, acreditou que eu poderia ajudar nesse serviço. Ele gostou de mim e, quase de imediato, comecei a trabalhar.

Trouxe toda a documentação, tudo certinho. Bom, já não sei mais há quanto tempo estou aqui. Na época, ninguém trabalhava nessa área de glaucoma, fazia os atendimentos sozinho. O ambulatório era muito pequeno, agora cresceu de uma forma gigantesca. Estou desde o começo. Tenho saudades daquela época, foi bem bacana! Havia muitos pacientes aguardando para serem atendidos, a demanda estava represada, ou seja, havia muitos pacientes espalhados pelo Vale do Paraíba com glaucoma, catarata e problemas na retina. Enfim, tudo foi se acertando, lembra que eu fazia plantão de clínica médica durante o meu estágio? Ainda continuo nesse pronto-socorro, porém como oftalmologista.

Fui guardando um dinheiro e estabeleci meu consultório. Atendo os meus pacientes lá. Não tenho vergonha de falar isso, inclusive para os próprios pacientes, não

tenho perfil para ficar dentro do consultório. Fico lá um dia da semana. Na verdade, prefiro estar aqui no hospital. Aqui tudo parece mais real e dinâmico.

No consultório, muitas vezes, representamos uma pessoa que não somos. Por exemplo, você deve sorrir mesmo que não queira. Isto não significa que você está de mau humor, mas, se você não fizer isto, o paciente irá achar que você é grosso, mesmo não sendo. Então, não é meu perfil. Se eu pudesse, também desistia de atender lá e ficaria somente com o ambulatório no hospital (...)

Em resumo, estou com essas funções agora (...) Mas eu precisava fazer algo diferente. Então, prestei uma prova de mestrado. Estou fazendo no departamento de odontologia, mas tem relação com o glaucoma. Comecei neste ano, estou ansioso (...) Como será voltar a ser aluno depois de tanto tempo? De qualquer forma, estou com uma boa perspectiva para este mestrado. Futuramente, penso em um doutorado.

Pensando sobre a valorização da minha profissão, posso dizer que um médico oftalmologista é mais valorizado que um clínico geral, ou, quem sabe, até mesmo que os de outras áreas.

Infelizmente, o clínico não sai com uma formação adequada da faculdade. Ele não irá conseguir dar um atendimento correto para um paciente oftalmológico, por exemplo. Normalmente, ninguém decide uma conduta de um paciente oftalmológico. Se o problema está no olho, quem irá tratar: o oftalmologista! Um clínico não irá retirar um “corpo estranho”[1] do olho de um paciente. Acredito que, no máximo, ele pode passar um colírio para uma conjuntivite e irá encaminhar ao especialista.

Portanto, eu sinto valorização do meu trabalho por parte dos pacientes, da sociedade e também do próprio hospital. Percebo isso desde aqueles que trabalham na limpeza até na diretoria. Acho bacana esse reconhecimento. Então, superou minhas expectativas.

A questão salarial é complexa. Afinal, quando se fala em hora trabalhada, com certeza o consultório[2] é muito mais vantajoso. Não sei dizer a porcentagem com exatidão, mas sei que é muito mais vantajoso. Infelizmente, no SUS, o médico que deseja ganhar razoavelmente tem que ter um volume considerável. Então, no volume o salário fica interessante. Nesta instituição, tenho um bom suporte e há um diferencial para o profissional oftalmologista. Ganhamos um pouco a mais que um clínico e nosso exame demora menos. Então, isso não é uma valorização? Para mim, isso é.

A equipe multiprofissional é essencial para que eu consiga desenvolver o meu trabalho. Sem eles não tem jeito, certo? Toda estrutura é fundamental, pode parecer bobo, mas preciso da pessoa que manobra o carro no estacionamento até a enfermagem, que cadastra o paciente para o atendimento. Sem eles, não consigo atender. Então, tenho essa relação com essa equipe que está ao meu lado, porque isso é necessário para que todos

sobrevivam. Eu preciso disso, então tenho de fazer com que isso aconteça. No mínimo, devo tratar bem todos os que estão ao meu redor.

Todavia, acredito que tratar as pessoas bem vai da índole da cada um (...) Não sei (...) Quer dizer, quem pode tratar mal outra pessoa? E por quê? Procuo tratar as pessoas de forma igual e com respeito. Não tenho problema, portanto, durante esse tempo nunca tive desavenças com funcionários, colegas médicos ou qualquer outro. Nada, tudo foi tranquilo.

Em relação à autonomia do oftalmologista, ninguém nos contraria em nossas decisões, portanto tenho autonomia para isso. Mesmo um colega oftalmologista não irá falar sobre sua conduta, se está certa ou errada. Cada um tem a sua. Já o clínico não terá condições técnicas para questionar. Nesse sentido, sinto uma grande autonomia dentro da instituição, pela Diretoria e inclusive pela sua parte. Quando digo à coordenação da farmácia que preciso de um determinado colírio, não há questionamento assim como não há uma negativa de fornecimento. Então, me sinto bem assessorado.

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

Afinal, temos de andar juntos com aqueles que estão financiando, sem fazer mal ao paciente. Assim, se estabelece um equilíbrio. Não tive problemas com isso. Em alguns momentos, a decisão pesa para um lado, ora para outro, contudo o médico deve saber lidar com esses dois fatores.

Se bem que não sei dizer se há diferenças de instituição para instituição, afinal trabalho sob “um tipo específico de contrato. Então, não sei se existe diferença de regras. A atuação em emergência é diferente, embora exista uma demanda diária. Normalmente, os pacientes que precisam do médico oftalmologista são colocados em um determinado horário. Daí, sou chamado, faço os atendimentos e vou embora. Depois, fico novamente em “stand by”.^[3] Algumas vezes, algum médico solicita parecer pelo telefone, passo a conduta através do clínico e vou quando realmente é uma emergência oftalmológica. Na universidade, também é diferente. Lá, dou minha aula e vou embora. No final do mês, meu salário está na conta. Em resumo, não há um “bloqueio” pela parte administrativa-financeira tanto na minha atuação nas emergências quanto ao ensino, pois há diferença na relação de trabalho.

Sobre os órgãos regulatórios da profissão, existe o Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Ele é bem específico e defende os direitos da classe. Na verdade, existem vários conselhos e uma hierarquia. Primeiro, quem rege é o Conselho Federal de Medicina; abaixo dele, há o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. No

caso, pago duas mensalidades, uma para o Conselho Regional e outra para o CBO. Você é obrigado, caso contrário, não poderá exercer a profissão. Há também a Sociedade Brasileira de Glaucoma, que está mais próxima do médico especialista. Eles apoiam totalmente e de forma irrestrita. Tem tudo o que se possa imaginar.

Existe uma parceria entre os médicos oftalmologistas quando se relaciona à parte técnica. Conversamos quando um equipamento não está adequado ou se vamos solicitar algo relacionado à prestação de serviço. Entretanto, não temos o costume de perguntar quanto o colega ganha ou se é bem remunerado. Na verdade, acho que não tem um piso mínimo fixado. Acredito que há apenas no SUS, que é a tabela de procedimentos[4].

Desconheço uma tabela que defina o valor por procedimento no âmbito particular. No consultório, você pode colocar o preço que quiser. É aberto, não há fiscalização ou uma regulamentação nesse sentido. Bom, mas você não pode deixar o preço muito baixo, afinal, dessa forma, não está valorizando o seu serviço e prejudicando os outros também. Acho que isso está relacionado ao bom senso.

Infelizmente, quando se é um profissional liberal, não temos direitos como assistência previdenciária. Nesse aspecto, é horrível. Quando se assina um contrato de prestação de serviços, você não tem direito a nada, incluindo férias. Se ficar doente, não recebo. Qual a vantagem? A pessoa jurídica, ao meu ver, paga menos imposto. Isso é bom, contudo não posso me dar ao luxo de ficar doente amanhã.

Aqui na instituição, se quero tirar alguns dias, eles irão remanejar esses pacientes para atendimento em outras datas, mas não há remuneração, pois ganho por serviço prestado, ou seja, pela produção. Então é difícil.

Preferi pagar uma previdência privada. Afinal, não acredito que haverá uma saída para nosso governo. Mesmo que eu dependesse da aposentadoria pelo regime público, o teto não condiz com minha situação atual. Eles não iriam arcar com esse valor, então prefiro a previdência privada. Também tenho um plano de saúde. Agora, como fui efetivado como professor, quem sabe um dia bem distante, eu não sei quando, consiga me aposentar (...) uma aposentadoria pequena, mas vou ter. Enfim, não dá para contar com o governo nem com as instituições.

Bom, voltando à questão da valorização, acho que, hoje, cem por cento dos meus colegas especialistas nos respeitam bastante. Acredito que isso esteja relacionado ao nosso conhecimento específico. Afinal, oftalmologia é diferenciada. Esse fator está relacionado ao conhecimento e isso te traz um benefício. Afinal, você se dedicou para aquilo. Isso é reconhecimento profissional.

Entretanto, autoridade para mim é diferente. É uma pessoa que não escuta outras opiniões. Essa é a verdade e o que vem a minha cabeça quando se fala sobre o assunto.

Afinal, o que é uma pessoa autoritária? É aquele que não escuta ninguém e que toma as decisões que são melhores para ela. Enfim, acho que falei tudo!

Médico

Entrevista realizada em 08 de março de 2019

[1] O narrador se refere a qualquer material inanimado ou animado que se encontre no globo ocular e que não faça parte da estrutura natural.

[2] O narrador se refere ao local onde a profissão é exercida sem vínculo, ou seja, de forma liberal.

[3] O narrador quer dizer tipo de trabalho a distância.

[4] SIGTAP (Sistema de Gerenciamento de Tabela e Procedimentos do SUS) – trata-se de um catálogo unificado de procedimentos e foi publicada pela Portaria 2848, de novembro de 2007. Nela, é possível consultar o custo de cada procedimento, incluindo os honorários médicos (BRASIL, 2007)

A autonomia velada do Gestor hospitalar

Minha história como administrador hospitalar começa com uma coincidência, pois nunca imaginei trabalhar nessa área. Foi há 17 anos, fui representante comercial de uma multinacional e fui atender um hospital. Chegando a essa instituição, tinha uma vaga aberta na logística. Eu estava cansado da área comercial. Embora eu fosse bem remunerado, não tinha nada a ver comigo. Não gostava daquilo. Tinha decidido economizar para poder começar do zero em algo que eu gostasse.

Estava cursando uma faculdade, tinha um bom salário e boas condições de trabalho. Contudo, não poderia aplicar meus conhecimentos da minha formação profissional. Por isso, resolvi me candidatar à vaga. Comecei no nível hierárquico mais baixo, ou seja, em uma vaga simples na logística: era um almoxarife.

Todavia, devido a minha formação acadêmica em contabilidade, já tinha muita noção sobre as questões administrativas e consegui desenvoltura. Em um processo seletivo interno, consegui uma promoção para gestor da logística. Fiquei aproximadamente três anos nessa função. Era um desafio interessante, pois tive de reestruturar todo o setor e isto chamou minha atenção. Gostei do desafio.

Sempre gostei de testar os meus limites e de superar obstáculos e, depois de uns três anos, o setor estava estruturado e tudo era rotina. Passou a ser um processo mecânico. Foi quando pedi uma reunião com o meu Diretor. Nessa conversa, pedi a ele uma data para fazer o meu desligamento. Muito surpreso, ele quis saber o motivo e se estava relacionado a algum problema. Na verdade, respondi que não, apenas não sentia mais interesse, pois vivia um momento de pouca novidade e poucos desafios. Então, ele me convenceu a participar de um segundo processo seletivo para atuar na coordenação da contabilidade.

Assim, fui promovido e fiquei cerca de três anos nessa função. Depois, novamente me vi no mesmo cenário. Era rotina e um trabalho repetitivo. A contabilidade é uma ciência²⁶ e você aprende muito, contudo, com o tempo, você entra em um modo automático. Tudo passa a ser repetitivo e, novamente, me deparei com o desinteresse pelo

²⁶ A profissão de contabilista foi regulamentada pelo Decreto-lei nº 9.295, de 27 de maio de 1946, assinado pelo então presidente Eurico Gaspar Dutra (CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE, [201?]). Todavia, a história dessa profissão no Brasil data do Império e, no século XX, surgiram as escolas direcionadas para a formação contábil. Diferentemente do que se imagina, a contabilidade é considerada uma ciência social e foi importante para o desenvolvimento da sociedade capitalista (COLIATH, 2014).

trabalho. Pouco tempo depois, fui promovido a Assistente de Diretoria. Permaneci algum tempo. Hoje, estou na gestão de um setor deste hospital.

Na verdade, o que eu gosto do hospital é que cada dia é dia de aprender coisas novas. Isso me fascina, um dia é diferente do outro. Nunca há rotina, nunca se volta para casa sem aprender nada. Então, isso foi e continua a ser minha motivação para continuar nesta área, pois já tive convites para sair e voltar à indústria com condições salariais melhores. Entretanto, não saio devido ao aprendizado, porque isso, para mim, tem mais valor.

Contudo, pensando de uma forma comparativa, a indústria é muito diferente de um hospital. Na multinacional, existem muito mais recursos para se trabalhar. Então, a autonomia é maior, os processos de decisão estão relacionados ao resultado financeiro. Afinal, se você consegue demonstrar para sua chefia ou direção a viabilidade da ideia, há muito mais probabilidade de aceitação. Em um hospital, isso não é tão fácil. Veja que eu colocaria nestes termos: metade das decisões é motivada por questões financeiras e a outra metade está relacionada ao “conservadorismo”²⁷. A área hospitalar é conservadora, já a multinacional pode arriscar mais e encarar novos desafios.

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

A indústria tem claros os seus objetivos: tem de ser lucrativa. O lucro deve ser conquistado do a quem doer. Então, uma decisão é implantada de uma forma ou de outra.

Na área hospitalar, não é evidente o que motiva cada decisão. Melhorou, mas ainda é restrita essa questão. Ainda fica com o topo da pirâmide, sendo pouco esclarecida para as demais áreas. Isso acaba impactando num processo como um todo, não somente aqueles relacionados à cadeia de decisão. O administrador, dentro de uma cadeia de comando, tem total influência dentro dos processos decisórios, pois, apesar de a equipe multiprofissional direcionar alguns caminhos, ainda depende da aprovação de quem está acima deles.

De uma maneira geral, as pessoas avaliam a forma como você se apresenta e elas julgam você por isso. É cem por cento preconceito. Eu não sou natural do Estado de São Paulo, nasci em Minas Gerais e, só por isso, já sinto muita dificuldade. Vim para esta

²⁷ O narrador relata sobre a manutenção de práticas e valores tradicionais em um hospital, mesmo que isto signifique um resultado econômico desfavorável.

região para ocupar um cargo de liderança, isto não é muito bem aceito pelas pessoas deste Estado. Para eles, mineiro é bobo.

Quando você é de outro local, há muita dificuldade em provar que você tem condições de ocupar uma determinada posição hierárquica. Há um peso para quem é de fora daquele núcleo, existe a necessidade de se provar a todo instante que você é capaz. É preciso conquistar a confiança dessas pessoas.

Outra questão me chocou, pois no meu estado de origem é relativamente mais tranquilo, é que, afinal, lá você pode conquistar o respeito a partir daquilo que se transmite. Não há a necessidade de estar de terno ou bem vestido, entretanto é preciso demonstrar o domínio sobre o que está falando.

A vestimenta é importante nesta região. As pessoas querem saber de onde vem e como se veste para poder dar valor ao que você está falando. Em quantas reuniões que agendam comigo, o fornecedor fala em tom de surpresa: você é o gerente? Como posso ocupar um cargo de gestor de quase duzentas pessoas se sou negro e de outro Estado? Realmente, estou desconstruindo um pouco daquilo que a pessoa já tem como um “pré-conceito”. Somente após um tempo de reunião é que ela consegue relaxar e perceber que tenho o domínio sobre aquilo e, finalmente, ela consegue aceitar melhor o porquê você está naquele cargo. Em um primeiro momento, é visível o impacto e o desconforto que causo, pois ela esperava uma pessoa diferente de mim.

Contudo, para mim, a autoridade está mais ligada ao domínio natural daquilo que se fala. Pessoalmente, ela não está ligada ao cargo, mas necessariamente sobre você saber do que fala e saber também se posicionar. Muitas pessoas têm papel e cargo de liderança, mas não sabem se posicionar de forma adequada. Já outras não têm o cargo mas sabem se posicionar e liderar de uma forma natural.

A ausência dessa naturalidade em pessoas que exercem cargos e que não têm a autoridade gera muitos conflitos. Algumas vezes, alguém poderia ocupar o cargo, mas não consegue, pois isso é uma questão literalmente de *status*.

Assim, sobre a minha liderança, acredito que o ponto positivo é ter começado de baixo. Vivenciei o operacional. Então, consigo resolver muito do que acontece no meu dia a dia. Isso facilita o meu trabalho, já que enxergo o lado do subordinado, ou seja, suas dificuldades.

Contudo, de uma maneira geral, acho que o negativo é que o poder sobe à cabeça e, se você não trabalhar isso no dia a dia, esquece o lado positivo muito fácil. Afinal, é muito fácil você se acostumar com um cargo de liderança e esquecer a sua própria

história. Dessa forma, começa a tratar os subordinados de uma forma diferente daquela que gostaria de ser tratado quando ocupava a mesma função.

Então, você deve se lembrar diariamente que o poder é do cargo, não seu. Ele não pertence à pessoa.

Há aqueles que bajulam e tratam você diferente devido a sua posição dentro da empresa. Fica nítido que esse tipo de tratamento especial está direcionado à função que ocupa naquele momento. Voltando um pouquinho na questão da vestimenta, muitas vezes uma pessoa que passa e faz todo o caso de lhe dar atenção e de lhe cumprimentar, em um determinado momento, quando não está trabalhando e está com sua “roupa normal”²⁸, esta mesma pessoa não fala com você. Ela nem vê que era você. Então, você percebe como seria o tratamento para a “pessoa” de fato e não para o cargo.

É por isso que, de certa forma, há uma valorização deste administrador frente às demais profissões. Contudo, irá depender exclusivamente do seu cargo e de uma posição diferenciada. Então, não é necessariamente a profissão, mas, sim, a posição que se ocupa dentro de uma cadeia de comando. Se eu fosse somente um administrador, acredito que teria um peso diferente. A valorização aumenta proporcionalmente ao *status* do cargo que se ocupa.

Pensando nisto, quem influencia mais as minhas decisões são as pessoas que ocupam cargos formais, pois, no fim das contas, é o peso da caneta que está na mão de quem tem a posição formal. As lideranças informais podem contribuir para o crescimento e para o enriquecimento do processo, mas a decisão final não está nelas. O poder de decisão está nas mãos dos líderes formais.

De qualquer forma, sinto que minha autonomia é velada, não é total. Você vai fazendo e pode tomar algumas decisões, contudo, para algumas ações que não estão de acordo com quem tem maior autonomia do que você, não há chance de evolução. Assim, esta autonomia não é completa, ela acaba quando começa o poder de outra pessoa que lhe influencia. O assunto não terá progressão sem a anuência dessa pessoa.

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

²⁸ O narrador se refere a roupas informais, casuais ou esportivas. No dia a dia de trabalho, ele se veste com roupa social, geralmente camisa e gravata.

um equilíbrio da balança financeira, para que seja sustentável, mas tudo é pautado na satisfação do profissional médico.

Atualmente, acredito que meu conselho profissional contribui pouco para a profissão. Enxergo como pouco atuante e mais como agente de formalização. Trata-se de pagamento de anuidade e não vejo nada relevante para a classe.

Dentro da administração, há muita competitividade. Isso atrapalha a comunhão de ideias e o espírito de equipe. Na administração, cada um trabalha de uma forma. A impressão que fica é que cada um pode fazer do seu jeito e aquilo é administrar. Não existe o certo ou o errado. Acho que isso tende a isolar os administradores e cada um ficará trabalhando dentro do seu espaço. Além disso, na área hospitalar, as empresas se veem em como concorrentes. Portanto, ninguém irá sentar para discutir ou para trocar experiências. Raramente isso acontece, apenas quando há uma rede de hospitais que pertencem a um mesmo grupo gestor. A sensação que tenho é de concorrência o tempo inteiro. Ninguém fala com ninguém. Ninguém divide nada, nem o sucesso nem o insucesso. No fundo, acho que isso contribui para um resultado ruim. Afinal, se houvesse união, se as pessoas abrissem aquilo que fizeram, o resultado final iria ser melhor para todos.

Em relação à questão salarial, hoje acho compatível. Entretanto, a remuneração pode variar muito de empresa para empresa. As empresas de pequeno porte tendem a ter salários menores e assim por diante.

No futuro, espero que os administradores hospitalares se unam e dividam experiências. Não podemos mais atuar de forma isolada, por que o progresso irá demorar muito. Se trabalharmos de forma conjunta e democrática, teremos um avanço maior para a profissão. Aprenderemos com os erros e fracassos do grupo. Isto economizaria tempo.

No mais, acredito que, hoje, os hospitais precisam ser mais democráticos na tomada de decisão. O poder deveria ser mais dividido, assim todos poderiam contribuir para a evolução da empresa e da própria profissão.

Gestor

Entrevista realizada em 15 de março de 2019.

A conquista do reconhecimento profissional pelo trabalho realizado

Eu comecei minha trajetória profissional quando ingressei no magistério devido à influência dos meus pais. Só que eu não gosto de dar aula. Embora tenha feito duas especializações, não tenho inclinação pela área acadêmica.

Sei que o estudo é importante, mas demorei um tempo para voltar a estudar por questões financeiras. Entretanto, a área acadêmica não me chama a atenção nem um pouquinho. Quando eu tenho de dar uma palestra aqui no hospital, fico um pouco desconfortável. Certa vez, fui lá no setor de oncologia fazer um treinamento com os profissionais. Eu sentia as pessoas me fitando e não gosto dessa sensação. Por isso, nunca dei aula e nunca quis entregar um currículo sequer em qualquer escola.

Há vinte anos, não precisava de pedagogia para atuar no ensino. Você fazia o magistério e podia dar aula. Minha mãe falava assim: “Faça magistério, porque, dessa forma, você já garante uma profissão!”

Graças a Deus! Eu nunca precisei dar aula, porque isso não é para mim! Quando terminei o colégio, estava em dúvida em qual carreira escolher. Tentei vestibular para odontologia e para fonoaudiologia. A única coisa que tinha certeza era de que não gostaria de morar longe da minha família. Não desejava morar em São Paulo ou em outra cidade afastada desta região. Nesse caso, as únicas opções eram as duas cidades que tinham universidades próximas a minha residência.

Quando prestei vestibular, há cerca de vinte quatro anos, fiquei na lista de espera para o curso de odontologia. Enquanto isso, saiu a lista de aprovados em fonoaudiologia e eu tinha passado. E aí? O que eu faço? Considerei que poderia perder o ano, caso não fosse chamada. Então, deixei de lado a faculdade de odontologia e me matriculei em “fono”²⁹. Então, foi isso!

Não me recordo do motivo por que eu escolhi estas duas profissões, mas sabia que queria atuar na área da saúde. Isso, era fato! Nada de exatas! Nada de humanas! Isso não era a minha praia. Eu queria algo na área da saúde, então havia na região essas profissões e eram próximas a minha casa.

²⁹ Fono é um diminutivo de fonoaudiólogo (a) ou fonoaudiologia, utilizado frequentemente na linguagem oral cotidiana.

Dessa vez, meus familiares não opinaram em relação à faculdade, nem minha mãe e nem meu pai. Nada, nadinha! Essa decisão era minha. Se eu decidisse morar fora, meus pais facilmente aceitariam. Era eu que não queria.

Embora a faculdade fosse próxima, não era na minha cidade. Portanto, preferi viajar todos os dias de fretado. Posso contar nos dedos quantas vezes eu dormia fora.

Era assim: no primeiro e no segundo ano, as aulas eram à noite. Então, eu saía às 17h30 e voltava meia noite todos os dias. O ônibus me deixava na porta de casa. Esse era o itinerário. Já nos dois últimos anos, terceiro e quarto, comecei a ter aulas na parte da manhã e da noite. Não compensava voltar na parte da tarde. Nessa janela, aproveitava para estudar ou para fazer um trabalho. Agora, dormir lá? Poucas vezes! Somente quando tinha prova às oito horas da manhã e precisava estudar um tempo a mais e acordar noutro dia mais tranquila, né? Não foram dez vezes que fiquei fora nesses quatro anos.

Minhas expectativas em relação a profissão nunca foram altas, porque sabia que era uma área restrita. Desde que escolhi, imaginava que não seria fácil, especialmente há vinte anos. Eu me formei em 1998 e havia poucos profissionais. Naquela época, o curso da minha faculdade foi reconhecido pelo MEC, quando ingressei não era³⁰. As pessoas já formadas atuavam, mas, vamos dizer assim, na clandestinidade, sem uma regulamentação e sem um vínculo conselho. Você trabalhava, mas não tinha o registro profissional.

Quando me formei a profissão estava sendo regulamentada, por isso, compreendia que poderia ser difícil. Comecei minha prática profissional em consultório³¹. A maioria que se formava atuava desta forma ou em firmas de aparelhos auditivos. Elas também podiam fazer audiometria com os otorrinos e indicar aparelhos auditivos. Eram basicamente essas áreas.

Nas escolas, o exercício da profissão ainda era restrito. Portanto, a área de atuação não tinha grande abrangência. Tinha consciência das dificuldades, mas sabe aquela coisa de vestir a camisa? Então, eu fui! Dessa maneira, o curso atendeu as minhas expectativas.

E, com o passar dos anos, a profissão foi crescendo. A demanda pelo profissional foi melhorando, outros campos de atuação foram aparecendo, incluindo o Hospital, não é? Quando me formei, não tinha fonoaudiólogo na área hospitalar. Na faculdade, nunca

³⁰ Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia ([2014]), foi na década de 1970 que começaram os movimentos para reconhecimento do curso e da profissão. O primeiro a ser reconhecido era em nível de bacharelado, na Universidade de São Paulo, em 1977. O Conselho passou a atuar apenas em 1983. Com o crescimento da profissão, um novo código de ética foi aprovado, em 1995, abarcando um mercado maior de atuação.

³¹ Consultório – Para entendimento desta narrativa, considerar consultório como local de atendimento à pacientes de caráter individualizado e sem vínculo com o Hospital de pesquisa.

entrei num hospital para aprender coisa alguma, porque não tinha isso. Isso foi aparecendo depois e, para eu prestar atendimento nesse local, tive de fazer uma pós-graduação em oncologia, que direcionava para a atuação hospitalar. Com o tempo foi melhorando, as escolas foram “entendendo” a importância da “fono”. Foram contratando ou encaminhando mais pacientes para atendimento. Hoje em dia, está bem melhor do que era há vinte anos.

Em relação ao reconhecimento, por incrível que pareça, as famílias no consultório valorizam menos do que dentro do hospital. Isso é sério! Desde que me formei, estou no consultório, ou seja, há vinte anos. Já no Hospital, estou há cerca de nove anos. As pessoas no consultório não têm um mínimo de respeito. Lá eles faltam, não marcam e não desmarcam. Chegam atrasados. Quando os pacientes têm alta, muitos não dão um obrigado. Não dizem: “valeu por ajudar meu filho”, ou “obrigado por me ajudar”! Abandonam o tratamento sem dar uma justificativa. Apenas abandonam!

Aqui no hospital, já vejo a diferença, há o reconhecimento pelos profissionais. Eu não tenho problema algum. Não sei se, no ambulatório, há diferença do leito ou o que outras fonoaudiólogas podem dizer. Aqui, eu acho o relacionamento tão tranquilo entre os profissionais diretos e indiretos. Os médicos das especialidades da cabeça e pescoço, os da neurologia e por parte da equipe de enfermagem, incluindo os técnicos. Nunca tive nenhum problema, mesmo com os médicos que não atuam diretamente com a nossa especialidade.

Eu sinto um respeito e tenho uma boa autonomia no hospital. Por isso, acho que sou mais reconhecida, quando comparada a atuação no consultório diretamente com os familiares. Os profissionais da saúde valorizam mais, há um respeito maior. Existe uma falta de consideração desses familiares e pacientes.

Acredito que o motivo desse comportamento seja uma ausência de prioridade com o tratamento da saúde. Já tive casos em que a família deixou de pagar porque a mãe iria fazer uma plástica. O que é prioridade para eles? Seu filho? Não!

Ele está com uma alteração de linguagem, conseqüentemente com dificuldade escolar, necessitando de atendimento, mas você prefere fazer uma plástica? Não estou falando de uma plástica corretiva, mas apenas com intuito de estética e beleza.

Então, você não enxerga o reconhecimento social. Sabe?! Se você não fizer um tratamento fonoaudiológico, tudo bem! Quem sabe com o crescimento ou como avanço da idade a criança melhora. Isso não é generalizado, mas é o que eu sinto. Se não der para

“pagar a fono”, está tudo bem. Depois, o professor dá um jeito na escola. Antes era pior, atualmente já melhorou muito. Entretanto, eu ainda sinto isso. Essa falta de consideração.

Além disso, há diferença de remuneração entre os profissionais da saúde. Veja que, se você cobrar um valor que seja justo, aquilo que é certo, muita gente não paga. Agora, um médico pode cobrar cerca de 400 reais em uma consulta e você paga! E por quê? Porque você está necessitando daquilo! É uma questão de saúde no sentido que está com dor e há chances de piorar seu quadro clínico, até mesmo de morrer. Então, o que você faz? Você paga o médico! Concorda?! Para a “fono”, não é assim.

No consultório, cerca de 99% da demanda é convênio e são eles que determinam o valor. Além disso, a família, por ser convênio, também não dá tanta importância. Acredito que, se fosse particular, eles tirando o dinheirinho do próprio bolso, poderiam dar mais valor.

Na verdade, o plano de saúde paga um valor baixo pelo serviço e, muitas vezes, não cobre a hora trabalhada. É assim para a fisioterapia e para todos os profissionais, incluindo os médicos. Embora os médicos recebam um valor maior que a “fono”, há uma discrepância muito grande entre a sessão particular e o convênio. Para “fono”, é a mesma coisa. Eles reajustam a cada quatro ou cinco anos, mas não é um reajuste significativo. Às vezes chega a R\$ 1,00; outras vezes, são centavos. Centavos!! Só que, aí, você faz o quê?

Você consegue atender pela demanda, pelo número de pacientes. Afinal, o número de pacientes convênio é bem maior do que os pacientes do particular. Então, você só consegue se manter pela agenda lotada, não é? Uma agenda cheia. Se for para pagar particular, dificilmente. Começam a pechinchar, qual profissional é mais barato. Liguei para fulano, é tanto, e sicrano é dez reais mais barato.

O paciente não quer saber se tem especialização referente àquele problema que precisa de tratamento. Não querem saber de nada disso. O quanto você estuda ou o quanto você se dedica. Querem o mais barato!

Isso fica claro nos atendimentos de *homecare*. Eu faço, mas bem menos, porque não compensa. O *homecare* é prestar um serviço na casa do paciente, especialmente os acamados e os com dificuldade de locomoção. Dessa forma, o Conselho permite, mas você não pode prestar atendimento em domicílio a um filho, porque não quer levar à clínica. Isso, não pode, tá? Somente para pacientes muito debilitados.

Bom, eles procuram e você diz: custa tanto! A resposta é: “Ah! Doutora, obrigada pela sua atenção, mas não vou ficar”. No fundo, a gente sabe que ele vai procurar outro

profissional que tem um preço mais baixo. Aí é uma questão de classe profissional, em que há muita discrepância de valor. Um profissional pode cobrar cinquenta e o outro, duzentos. Embora, tenha uma regulamentação, não é fiscalizado.

A fiscalização é muito precária. Então, você coloca o valor que quiser. Com as redes sociais, há muita mobilização de fonoaudiólogos para tentar chegar a um consenso. Opa! Eles vão tentar chegar em um valor que é o justo.

Ninguém está explorando ninguém! Você estuda, faz especialização, faz curso e se dedica. Sai da sua casa com locomoção própria e com seu material. Dispõe de um horário para chegar na casa do paciente e atender. É diferente a dinâmica de atendimento, porque, na casa dele, a carga é bem maior. Ali, estão todos em cima de você, questionando, e com expectativas maiores do que no consultório. Além disso, é um paciente bem mais grave. Então, tem um valor certo para se cobrar e não pode ser o mesmo do consultório. E o tempo? Tem o tempo do trajeto.

Nesse tempo, você podia estar sentadinha ali no consultório, atendendo. Quando você chega na residência, o paciente está dormindo e são mais 15 minutos para acordar. E você fica lá. Não é uma hora de atendimento, pois, muitas vezes, fica-se muito mais... Até o paciente acordar ou esperar terminar o banho ou não sei mais o que. Você espera! Quando começa o tratamento, uma pessoa pergunta, depois outra e outra. Orienta o cuidador, orienta mais não sei quem... E, quando você percebe, já foi uma hora e meia. E aí? Cobra duas sessões?

O certo seria em média uns 50 minutos de atendimento em *homecare*. Você vai cobrar? Você não cobra! Bom, pelo menos, eu não! É justo cobrar? É! mas não cobra! Então, tem tudo isso para se levar em conta quando se estipula um valor, por isso é diferenciado.

Veja que nem sempre fui uma profissional autônoma³². Já trabalhei em regime de CLT³³, logo quando me formei. Fiquei três anos contratada com “carteira assinada” com todos os direitos, não é? Contudo, não gosto! Prefiro como autônomo, pois tenho mais liberdade em relação aos meus horários. Isto é *o principal*. Aqui no hospital, por exemplo, eu tenho uma carga horária a seguir. É lógico que não é esse *oba, oba!* Mas eu tenho

³² No texto, o sentido se refere a pessoa que trabalha por conta própria sem vínculo empregatício com uma empresa, órgão ou instituição.

³³ CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), refere-se a um decreto-lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 1943). O narrador quer dizer que tem um contrato de trabalho com uma determinada empresa que obedece às leis trabalhistas previstas, recebendo um salário pelas atividades desenvolvidas dentro de uma carga horária estipulada.

maior flexibilidade de horário. Se eu precisar sair mais cedo para ir em uma reunião escolar da minha filha, por exemplo, posso ir.

No consultório posso desmarcar. Se eu tenho outro compromisso, dou uma agilizada ou marco um pouquinho menos de pacientes e coloco em outros dias. Vai ficar sobrecarregado? Sim! Mas tudo bem! Eu consigo sair um pouquinho mais cedo ou chegar um pouquinho mais tarde. Outro ponto, se eu ficar doente, vou ao médico e ninguém me exige atestado. Posso até trazer (...) não vou fazer nada errado, fingir que estou doente ou contar mentiras (...)

A previdência, pago-a como autônomo e aqui no hospital sou pessoa jurídica³⁴. Ao todo, são quatro “fonos” que trabalham aqui. Pagamos por todos aqueles tributos de empresa, as DARFs³⁵, as outras guias da vida... Sou obrigada a pagar previdência social, o INSS já é descontado e já vem na notinha. Vale a pena assim, prefiro! Afinal, essa coisa de controlar horário, de ficar aqui sentadinha, parada e esperando. Sabe esse controle?

Para mim, isto é uma questão de autonomia. Eu tenho maior controle, pois não tenho que ficar pedindo ao chefe! Pegando atestado. As minhas férias, por exemplo, eu decido. Não tenho um mês como os CLTs. Esquece!?! Uma semana só. Sem remuneração também. Sem décimo terceiro, não tenho nada disso. Contudo, consigo determinar qual o período das minhas férias e coincidir com as do meu marido. É apenas uma semaninha, mas acredito que, se eu precisasse de mais tempo, eu conseguiria. Sei lá, um tempo maior para fazer um curso, uns quinze dias. No caso, eu pediria à Diretoria e explicaria meus motivos. Acredito que o Diretor me daria este respaldo, justamente pelo respeito e reconhecimento que eles têm.

Então, nós temos de fazer um trabalho bacana e isso conquista o respeito dos profissionais aqui do hospital. Acredito que esse reconhecimento está relacionado ao tempo de trabalho e àquilo que você demonstrou e, por isso, você consegue uma coisinha a mais.

Quando eu trabalhava sob regime de CLT, seguia uma hierarquia e tinha uma coordenadora, que era psicóloga. Ela nunca interferiu diretamente no trabalho. Aqui ou lá, quando eu fecho a porta do meu consultório, eu que mando. Não tenho que ficar dando

³⁴ O narrador, neste ponto, relata ter uma empresa, ou seja, uma **pessoa jurídica que é uma entidade que reúne pessoas e patrimônio com uma finalidade, que pode ser prestar um serviço, produzir um bem ou vender um produto.**

³⁵ DARF (Documento de Arrecadação de Receitas Federais). Trata-se de um formulário para declaração de rendimentos assim como para pagamento de impostos, contribuições e taxas no âmbito federal (BRASÍLIA, 2019).

satisfação para ninguém, embora, no hospital, tenhamos de registrar todo o atendimento. Então, querendo ou não, as pessoas sabem o que você está fazendo.

Já lá, eu fazia relatórios periódicos e passava para a minha coordenação. Assim, ela sabia o que estava acontecendo. Já teve momentos em que ela acompanhava o meu atendimento. Como psicóloga, não entendia a respeito do atendimento fonoaudiológico, mas sabia que ela estava me avaliando e observando qual o tipo de relacionamento eu tinha com os pacientes e seus familiares. Os pacientes eram crianças com rebaixamento intelectual e, muitas vezes, a mãe entrava na sala de atendimento. A coordenadora queria ver como era esse relacionamento e ficava confiscando o tempo em que estava com o paciente, se eu atendia muito rápido ou não. Ela cobrava, não só a mim, mas a todos. Cobrança de horário, e tinha de passar cartão!!

Em resumo, há uma fiscalização da produção. Cada profissional faz o atendimento do seu jeito. Acredito que cada um faça da melhor maneira possível. Mas essa fiscalização da produção, acredito que seja maior quando você é CLT. Principalmente a nível de horário e outras regras. Pessoa jurídica não tem. Eles nem podem cobrar isso, né? Você não é funcionário! Você está prestando serviço. Tenho de entregar um resultado satisfatório. Bom, se eu estou fazendo isso da maneira como trabalho? Não sei, ao menos, em cerca de nove anos, nunca vieram cobrar em relação a isso. Imagino que eu esteja... Por outro lado, fico pensando, poderiam me dar um *feedback*, não é? Como está o meu trabalho? Não tenho nem aqui nem no consultório. Na verdade, *feedback* vem dos pacientes ou dos familiares. Eles falam em que melhorou ou não, se estão evoluindo (...)

Nas minhas decisões de prática profissional, acredito que as pessoas que mais influenciam as minhas decisões dentro do hospital são da equipe multiprofissional. Na minha clínica, interajo com psicólogos e terapeutas ocupacionais.

A conduta final é o resultado de uma conversa com a equipe para se tomar uma decisão mais coerente para um determinado paciente. Eu não saio impondo minha decisão, se não for alguma coisa específica da “fono”. Normalmente, solicito ajuda principalmente da nutricionista e do médico. São os profissionais com quem eu tenho mais contato e são eles que influenciam mais nas minhas decisões. Por exemplo, um paciente tem de estar apto para tirar a sonda nasoesférica, mas será que está com o peso adequado? Será que não está desnutrido? Então, recorro à nutricionista, que, às vezes, pede mais alguns dias. É uma conversa, um alinhamento. Aos médicos com quem tenho contato, que eu conheço, normalmente, esclareço a situação e ele decide fazer tal coisa. É uma conquista, os médicos aceitarem nossa opinião. O ambulatório de fonoaudiologia

já existe há uns 11 anos aqui no hospital. No começo, não estava aqui, mas as outras fonoaudiólogas contam como foi esta trajetória que começou no atendimento no leito. Então foi uma conquista, porque só o profissional médico aceitar o fonoaudiólogo na equipe já é diferente. Foi no dia a dia, por meio de nossas ações técnicas-terapêuticas. Foi por meio do nosso trabalho, fomos provando para eles que é melhor ter a “fono” na equipe para garantir a qualidade. Aqui, é muito bem aceito. Não vejo problema.

O Conselho de Fonoaudiologia nos dá um suporte na regulamentação. Nisso ele ajuda bem. Ele até conseguiu aumentar o campo de atuação em algumas atividades que eram anteriormente exclusivas da fisioterapia. Nós começamos a estudar, e o conselho conseguiu a regulamentação. Lógico, cada um na sua linha. Nisso, eu percebo um respaldo. O que eu não vejo é uma atuação junto aos convênios médicos para conseguir uma melhor valorização do profissional na questão de remuneração. Agora, a remuneração em outras instituições, estou um pouco por fora disso, não sei o quanto se ganha. Então, o conselho poderia estar mais presente e ativo em relação a isso.

No Vale do Paraíba, não tem sindicato, o mais próximo é no litoral, se não me engano em algum município do litoral sul. Há uns dois anos, umas fonos estavam levantando a bola, querendo trazer o sindicato, mas não sei se isso aconteceu. Acho que não. Como nunca tivemos um sindicato aqui presente, não sei se mudaria alguma coisa. O sindicato precisaria ter uma ação e não só cobrar o boleto. Teria de atuar e correr atrás de melhorias para o profissional. Ter por ter, não adianta. Não sei se valeria a pena. Fala para mim? Hoje, o sindicato está fazendo falta para você? Não! Para mim, não está fazendo falta. Mas é aquilo, não sei como seria uma atuação direta, porque nunca tivemos. Imagino que ter essa experiência seja tomar ciência de um fato e correr atrás em nome dos profissionais, comparando com os sindicatos dos metalúrgicos. Tomar a frente.

Existe cooperação e competição entre as fonoaudiólogas. Essas situações coexistem e dependem do caráter de cada profissional. Como eu posso dizer? Você percebe que a competição e a rivalidade vêm da pessoa mesmo. Ela é assim, quer ser melhor. É desse jeito com todo mundo, na família, com os amigos e na carreira profissional. Tenho experiências assim na minha vida. Em compensação, há fono(s) que são muito bacanas e trocamos figurinhas! O que precisar, uma liga para a outra para tirar dúvidas. Por exemplo, tenho uma amiga que é especialista em voz e estudou comigo na faculdade. Se eu atender um paciente com o problema em voz, ligo para ela e tiro dúvidas sobre o caso. Pergunto se ela pode me dar uma luz. Se necessário, vou no consultório para passar o caso. Ela me ajuda e vice-versa. Se for um caso da minha especialidade, ela me

liga ou encaminha o paciente. Então, tem cooperação, mas não é a maioria. Eu sinto que não é a maioria.

A maioria é de rivalidade e tem essa competição. Acho um absurdo. Não tem por quê. Tem espaço e demanda para todos. Você não precisa competir, tem de mostrar serviço.

Acho que o *status* e o reconhecimento profissional vêm com o tempo. Acho que está na nossa cultura e acontece com todos na área da saúde. De repente, em outras áreas acontece isso, até mesmo para os engenheiros. Quando era mais novinha, os pacientes perguntavam quanto tempo tinha de profissão. Atualmente não, pois já aparento ser mais velha. Contudo, as pessoas me perguntavam se eu tinha filhos! Por que como vou cuidar do filho dos outros, se eu não tenho? Já me perguntaram muito mesmo sobre isto na clínica.

– A senhora tem filhos?

– Não!

– Ah! Tá!

Não chegaram ao ponto de pararem com o tratamento, mas questionavam mais. Principalmente quando você orienta em relação às atitudes com os filhos em casa. Hoje, respondo que eu tenho, mas, antes, acredito que eles achavam que eu não poderia estar falando sobre algo que não tinha vivido a experiência. Então, ninguém pergunta quantos anos de profissão você tem, mas eu acho que a valorização está relacionada ao tempo, sim. Comparando uma fono recém-formada e uma profissional com vinte anos de profissão, acho que faz diferença, já que o tempo traz uma autonomia e uma segurança maior.

Pensando em relação à diferença de *status* profissional entre as profissões da área da saúde, hierarquicamente, primeiro vem o médico e ou outros profissionais que estão no mesmo nível. Assim, o restante está tudo igual, não há como estabelecer uma hierarquia. Contudo, não achava que deveria ser assim, pois cada um está no seu quadrado. O médico não irá saber lidar com o desenvolvimento da fala de uma criança assim como não saberei prescrever um medicamento. Então, por que eu sou melhor que você? Por que o médico é melhor, se ele não sabe a especificidade de cada área?

Todos somos iguais!

Fonoaudióloga

Entrevista realizada em 11 de abril de 2019

A chave para a autonomia é o conhecimento!

Pensando sobre minha trajetória, acredito que eu não tinha muita maturidade para escolher uma profissão aos 18 anos. Quando escolhi, pensei mais nas opções relacionadas às oportunidades no mercado de trabalho. Queria uma faculdade que tivesse as disciplinas que me interessavam na escola, que eram a biologia e a química. Então fui por esse lado...

Fiz escola pública até o ensino fundamental, já no ensino médio fui para uma escola de ensino particular. Bom, em seguida, também fiz um cursinho e, por isso, consegui cursar uma universidade federal. Contudo, eu não sonhava com a faculdade, não aspirava nada em específico. Era “quase uma obrigação” escolher alguma coisa, então não criei expectativa sobre o curso. Na universidade era normal, entretanto, gostava da área de imunobiologia. Trabalhava em um laboratório, fazia um teste chamado ELISA. Isso foi do que mais gostei, pois também participei de projeto de iniciação científica.

Quando me formei, a maioria dos meus amigos preferiu atuar na indústria farmacêutica. Acho que foi algo romântico da minha parte, mas eu gostaria de trabalhar para o paciente. Quero me sentir útil na vida dele. Isso eu não conseguiria na área industrial. Então, o meu pensamento era trabalhar em hospital, mesmo quando fiz estágio em drogaria.

Em relação ao reconhecimento do farmacêutico, acredito que estamos construindo ainda a forma que as pessoas nos enxergam e definindo o nosso espaço. Algumas pessoas, quando falo que sou farmacêutica e trabalho no hospital, não conhecem o nosso trabalho. Questionam: “Para que serve um farmacêutico em hospital”? Quando você explica, elas não entendem. Portanto, estamos construindo, e isso é uma falha da nossa formação.

Eu tive uma boa formação na graduação, mas a faculdade não focava o paciente. Senti falta, só vi essas questões quando fui trabalhar no hospital, então acho que é isso que falta para conseguir um reconhecimento social. O curso de farmácia foi generalista, então fiz um pouco de tudo e não aprendi quase nada. Era uma visão geral de indústria, ou melhor, de todas as áreas. Não foquei em nada específico.

Fiz estágio em uma drogaria de bairro e era um estabelecimento tradicional, o proprietário já o tinha há quase vinte anos. Este senhor não era farmacêutico, mas era aquela pessoa em quem todos procuravam auxílio quando não iam ao médico. Lá, eu estava para cumprir um papel, que era a presença do farmacêutico segundo a legislação. Assim, não importava o quanto eu tinha estudado, todos acreditavam nele devido a sua experiência. Então, eu não me sentia reconhecida. Nós estudamos, mas o costume

impedia o desenvolvimento do meu trabalho. Em seguida, fui trabalhar em uma rede de drogarias. Eles focam mais o cuidado com o paciente. Então, de fato, desempenhava um papel de farmacêutico. Treinava os funcionários até que eles chegassem ao balcão de atendimento. Na verdade, todos eram treinados pelo farmacêutico, incluindo o caixa.

Dessa forma, eu me sentia mais valorizada, pois todos tiravam dúvidas conosco. Portanto, gostei mais. Todavia, lá também era basicamente cumprir a legislação. Tem de ter um farmacêutico assinando a responsabilidade técnica. Nesse ponto, eu era realmente importante. Lá, eu tinha o poder de não aceitar uma receita ou não permitia que determinada situação acontecesse, caso não estivesse de acordo com a legislação pertinente. Podia dizer: “Não vou vender isso”. De certa forma, lá não era somente a venda, focávamos também no cuidado. Então, tínhamos essa voz ativa de decidir, de falar “Não! Isso não é adequado”. Ou ainda, ligar para o médico e conversar.

A receptividade sobre as nossas decisões variava de cliente para cliente, mas depende de como você fala e de como ele recebe. A maioria entendia, especialmente quando via o nosso esforço em ligar para o médico e de explicar os motivos sobre a negativa de fornecimento. Todavia, já teve um caso de uma pessoa não aceitar. Estava prescrito furosemida e, por achar caro, ele queria tomar hidroclorotiazida. Para ele, o fato de servir para a mesma coisa não fazia diferença, mas expliquei que não era bem assim e não vendi. O cliente não gostou da minha decisão, mas a maioria, quando via alguém de branquinho, já associava ao farmacêutico e era mais aberta para receber a informação.

O hospital é diferente, pois, aqui, todo tempo você está entre a vida e a morte. Estava refletindo sobre isto, não se deve pegar os casos difíceis e levar para casa, mas, com o tempo, vemos tantas situações tristes e já não sentimos mais nada. Às vezes, encontro um técnico de enfermagem levando um corpo ao necrotério. Eles conversam sobre futebol ou qualquer outro assunto, a morte já perdeu o sentido. Não há aquele pensar, entende? É muito difícil encontrar um meio termo entre não se sentir mal e não sentir nada.

Já como profissional, nós estamos construindo. Vejo pela reunião multidisciplinar. O fisioterapeuta tem um papel só dele, assim como o nutricionista. O médico pergunta para eles sobre qual é a conduta. Em contrapartida, estou construindo o meu papel ali, tenho que estar na reunião, mas não que eu seja de fato importante. Sei que isto depende de mim. Tenho de buscar conhecimento para poder contribuir com o médico. Eu sinto falta disso: algo que apenas o farmacêutico resolve. Digo, algo relacionado ao paciente. Nós não temos ainda esse espaço. Enfim, é difícil criar esse espaço para diálogo.

Acho que, dentro do hospital, ainda não tenho uma função bem definida e, também, há pouca abertura do médico em receber a informação. Lógico que não são todos (...) Quando eu faço uma intervenção, há médicos que respondem e se preocupam. Há uma médica da UTI adulto que sempre me liga quando não aceita determinada sugestão, mas a maioria não. A maioria não faz nada. Não sei porque não aceitou. Existe uma indiferença!

Faço uma reflexão: se o médico fizer sempre certo, ele não precisa de mim! Então, de certa forma, estou monitorando alguém que tem mais conhecimento do que eu. Sabe?! Tem mais conhecimento clínico e do próprio caso do paciente. Então, não há muita abertura e é difícil aceitarem nossa opinião. No prontuário, não tem toda a informação! Começa por aí! Assim, não consigo o conhecimento clínico necessário sobre o caso de um determinado paciente. Então, quando vou fazer uma intervenção, há sempre algum motivo que só ele conhece e que não está lá no prontuário e, dessa forma, não consigo entender. Existe esta barreira, mas também há uma má formação minha (...) Muitos assuntos não vi na faculdade e tenho de estudar por fora. Nossa! Se eu tivesse visto isso na universidade, seria bem mais fácil (...)

Acho que as faculdades não abordam a clínica devido a essa ausência de espaço no hospital. Estamos conquistando ainda, então falta muito para sermos iguais aos países que têm uma visão multidisciplinar. No Brasil, ainda não temos o nosso papel dentro do hospital. Certo dia, estava conversando com uma farmacêutica de um hospital privado de grande porte de São Paulo. Lá, segundo ela, a decisão terapêutica de um paciente é realmente multidisciplinar, todos decidem juntos. Aqui, é o médico quem define e pede auxílio aos outros o que ele julga não ser função dele. Por exemplo, quando nos ligam para avaliar uma Reação Adversa a Medicamento ou para o nutricionista para entrar com uma determinada dieta enteral. Para mim, isto não é multidisciplinar, pois primeiro vem a visão do médico e depois vai abrindo espaço para os outros.

O que falta para conseguirmos autonomia é conhecimento, é formação mesmo para conquistarmos o nosso espaço. Precisamos conquistar com o conhecimento! Isso é a chave!

Não sei se o Conselho de Farmácia irá nos ajudar a conquistar isso. Para mim, hoje, ele representa apenas um órgão fiscalizador, que vem para ver se estou aqui trabalhando por aquilo que assino como responsável técnica. Na drogaria, eles são mais presentes do que no hospital, percebo isso pelos cursos que ministram nessa área. Além disso, o nosso salário também é menor em hospital, a drogaria remunera mais e

trabalhamos menos. No hospital, eles não são tão presentes. Sobre o sindicato dos farmacêuticos, não procurei muito sobre ele. Nunca afetou nada na minha vida, pelo menos diretamente. Não sei dizer se ele fez diferença para a profissão, afinal, se ele fosse mais ativo, a remuneração seria maior na área hospitalar.

Eu me sinto valorizado quando percebo que faço a diferença, como, por exemplo, quando consegui ajudar um paciente que estava com alergia a um determinado medicamento. Foi devido a minha pesquisa que descobrimos qual medicamento era o responsável pela Reação Adversa. Pedi para suspender. Em seguida, o paciente melhorou. Fiquei feliz por isso, é desse jeito que me sinto valorizada. Gozado, em muitos momentos, percebo que as coisas que eu faço, outra pessoa poderia ter feito. Não precisa de mim como farmacêutica! Quando deixo de fazer a farmácia clínica, não aconteceu nada por causa disto. É uma indiferença. Tudo continuou, nada parou!

Na parte operacional³⁶, fazemos a diferença, ou seja, na supervisão dos auxiliares de farmácia, mas em relação ao paciente, sinto falta daquilo que é apenas do farmacêutico, em que de fato vá fazer diferença, caso não faça. Nós acompanhamos o paciente, vemos toda a sua prescrição e há alguns casos em que realmente fazemos falta, contudo o processo nunca para sem o farmacêutico.

Acho que existe diferença de *status* entre os profissionais, não acho que somos iguais. E se fosse colocar em uma escala, o primeiro seria o médico, pois é ele que toma as decisões. Depois, seria o enfermeiro, pois ele está presente o tempo todo com o paciente. Depois viriam os outros (...) Não sei dizer muito sobre o trabalho deles para opinar. Hoje quem interfere mais no meu trabalho na parte clínica³⁷ é o médico e, na parte operacional, é com a enfermagem que sinto mais dificuldade.

Entendo por autoridade aquela pessoa que é referência de um processo. Percebo pelos plantonistas, pois sempre estou com eles. Chamo a atenção, corrijo alguma coisa. Contudo, quando a coordenação ou a gerência falam, o negócio é diferente. As pequenas coisas são para o farmacêutico. Já para algo maior, os meus superiores passam a ser a referência, ou seja, a autoridade. Acho que o cargo, você tem mais função ativa de decidir. A enfermagem não aceita o que um auxiliar fala, não se importa. Contudo, quando é um farmacêutico, aceita. Dessa forma, um auxiliar que tem um cargo menor que o enfermeiro

³⁶ A narradora se refere à parte da assistência farmacêutica que está relacionada à aquisição, à conservação e à distribuição dos medicamentos no âmbito hospitalar.

³⁷ Refere-se à farmácia clínica, atividade específica de um farmacêutico, que se relaciona ao monitoramento farmacoterapêutico do paciente.

não consegue ser ouvido. Entretanto, além do cargo formal, as pessoas também levam em consideração o tempo que elas estão trabalhando aqui e o quanto se sabe do processo como um todo. Essas pessoas são mais respeitadas do que uma pessoa mais nova, que tenha um cargo, por exemplo.

No futuro, eu espero que a profissão farmacêutica siga o modelo de outros países, tendo uma função mais ativa no cuidado do paciente. Gostaria também que, na drogaria, o farmacêutico não seja apenas aquele que assina um papel, mas também aquele profissional de saúde mais acessível, que você vai até ao balcão e não precisa marcar uma consulta. E, quanto melhor for a formação dele, melhor irá atender, melhor a sociedade verá esse profissional, porque ele será mais acessível para demandas menores. Eu acho que esse poderia ser o nosso futuro.

Farmacêutica

Entrevista realizada em 06 de julho de 2019

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “TRABALHO E AUTORIDADE: os relacionamentos na equipe multiprofissional de saúde”

O(A) Sr.(a.) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**TRABALHO E AUTORIDADE: os relacionamentos na equipe multiprofissional de saúde**”, sob a responsabilidade da pesquisadora “Pollyana Almeida Santos”. Nesta pesquisa, pretendemos “Conhecer as relações de poder estabelecidas entre os integrantes da equipe multiprofissional de saúde”, por meio de entrevistas, gravadas em mídia, utilizando uma técnica denominada de história oral. As entrevistas serão gravadas, todavia não serão utilizadas imagens. Dessa forma, o áudio será utilizado apenas para a transcrição das narrativas, portanto não serão divulgados ou identificados. Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em contribuir para o aumento do conhecimento sobre as interações sociais entre os integrantes da equipe multiprofissional e os riscos serão mínimos e quase nulos, mas pode ser que alguma pergunta cause desconforto. Entretanto, para evitar que ocorram danos, o colaborador pode se recusar a responder, ou, ainda, sugerir a mudança do tópico se assim desejar. Caso haja algum dano ao participante, será garantido apoio para eventuais questões emocionais decorrentes da abordagem deste assunto. Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, por isso o(a) Sr.(a) poderá indicar o local onde será a entrevista, não sendo necessárias despesas com deslocamentos, todavia não receberá qualquer vantagem financeira. O(A) Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(a) senhor(a). Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (12) 98898-9454, inclusive por meio de “ligações a cobrar”, ou pelo e-mail pollyalmeida@gmail.com. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU, na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br

Pollyana Almeida Santos

Consentimento

pós-informação

Eu, _____,
portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**TRABALHO E AUTORIDADE: os relacionamentos na equipe multiprofissional de saúde**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Rubricas: pesquisador responsável _____ participante _____

1/1

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E AUTORIDADE: os relacionamentos na equipe multiprofissional de saúde

Pesquisador: Pollyana Almeida Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02001818.0.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.012.015

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende conhecer os relacionamentos profissionais entre os integrantes da equipe multiprofissional atuantes em ambiente hospitalar, e acima de tudo, compreender como se dá as dinâmicas de poder, formal e informal. Ademais, irá buscar nas memórias dos participantes a dinâmica densa de um hospital complexo e identificar o grau de autonomia técnica dos profissionais. Além disso, busca-se também

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 09/11/2018, e no uso das competências definidas na Resolução 510/16, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1226508.pdf	29/10/2018 21:08:19		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/10/2018 21:07:55	Pollyana Almeida Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLAssinadorubricado.pdf	29/10/2018 20:30:00	Pollyana Almeida Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoc.pdf	10/10/2018 22:55:52	Pollyana Almeida Santos	Aceito
Outros	tcpr.pdf	10/10/2018 22:54:38	Pollyana Almeida Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decinfa.pdf	10/10/2018 22:53:53	Pollyana Almeida Santos	Aceito
Outros	authrvp.pdf	10/10/2018 22:44:57	Pollyana Almeida Santos	Aceito
Folha de Rosto	fdr2.pdf	10/10/2018 21:17:55	Pollyana Almeida Santos	Aceito