

Configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros

Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices

Configuración de las relaciones de poder en las prácticas profesionales de médicos y enfermeros

Tauana Wazir Mattar e Silva¹

ORCID: 0000-0003-4697-3521

Isabela Silva Cândia Velloso¹

ORCID: 0000-0001-5408-0825

Meiriele Tavares Araújo¹

ORCID: 0000-0003-3722-9258

Aline da Rocha Kallás Fernandes¹

ORCID: 0000-0003-4228-0365

¹ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Mattar e Silva TW, Velloso ISC, Araújo MT, Fernandes ARK. Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20180629. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>

Autor Correspondente:

Tauana Wazir Mattar e Silva
E-mail: twmattar@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Italo Rodolfo Silva

Submissão: 07-08-2018 **Aprovação:** 12-10-2019

RESUMO

Objetivo: analisar a configuração das relações de poder constituídas nos e pelos saberes e práticas cotidianas de médicos e enfermeiros em um Centro de Terapia Intensiva. **Método:** pesquisa qualitativa, com dados coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado com médicos e enfermeiros de um Centro Terapia Intensiva de um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de discurso na perspectiva Foucaultiana. **Resultados:** foram elaboradas três categorias – Identidade profissional: o reconhecimento de si na profissão; Disciplina: atitudes individualizantes ou necessidade coletiva?; e Circularidade do conhecimento e do poder na constituição das práticas cotidianas. **Considerações finais:** a identidade, a disciplina e circulação do poder se conectam em um movimento contínuo de subjetivação do sujeito que, por sua vez, utiliza-se do discurso como estratégia de persuasão para modificar a posição assumida em diferentes situações, fazendo com que o poder circule. **Descritores:** Relações Médico-Enfermeiro; Hospitais; Poder (Psicologia); Prática Profissional; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the configuration of power relations constituted in and by the knowledge and daily practices of physicians and nurses in an Intensive Care Unit (ICU). **Method:** qualitative study in which data were collected through interviews with physicians and nurses from an ICU of a hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. A semi-structured script was used. Data were analyzed through discourse analysis in a Foucaultian perspective. **Results:** three categories were developed - Professional Identity: self-recognition in the profession; Discipline: individualizing attitudes or collective need?; and Circularity of knowledge and power in the constitution of daily practices. **Final considerations:** the identity, discipline and circulation of power are connected in a continuous movement of subjectivation of the subject, which, in turn, uses discourse as a persuasion strategy to modify the position taken over in different situations thereby causing the circulation of power. **Descriptors:** Physician-Nurse Relations; Hospitals; Power (Psychology); Professional Practice; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

RESUMEN

Objetivo: analizar la configuración de las relaciones de poder constituídas en y por el conocimiento y las prácticas cotidianas de médicos y enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** investigación cualitativa con datos recopilados a través de entrevistas con guiones semiestructurados con médicos y enfermeros de una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital en Belo Horizonte, Minas Gerais. Para analizar los datos, se utilizó el análisis del discurso desde la perspectiva de Foucault. **Resultados:** se elaboraron tres categorías - Identidad profesional: auto reconocimiento en la profesión; Disciplina: ¿actitudes individualizadoras o necesidad colectiva?; y Circularidad de conocimiento y poder en la constitución de las prácticas cotidianas. **Consideraciones finales:** la identidad, la disciplina y la circulación del poder se conectan en un movimiento continuo de subjetivación del sujeto, que, a su vez, utiliza el discurso como estrategia de persuasión para modificar la posición asumida en diferentes situaciones, lo que provoca la circulación de poder. **Descritores:** Relaciones Médico-Enfermero; Hospitales; Poder (Psicología); Práctica Profesional; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

INTRODUÇÃO

A estrutura hierárquica do modelo de atenção à saúde, com relações de ordem e grau de importância, não raro gera uma compreensão equivocada da proposta do arquétipo proposto por sobrevalorizar as práticas que exigem maior densidade tecnológica, desenvolvidas no nível terciário⁽¹⁾. O hospital, como referência dos atendimentos no nível terciário, é também símbolo do poder social da profissão médica, favorecendo a visibilidade deste profissional como ator central das práticas de cuidado⁽²⁾.

Até o século XVIII, a medicina não era uma prática hospitalar, bem como o hospital não era uma instituição médica, mas sim um local destinado, essencialmente, à assistência aos pobres⁽³⁾. Todavia, ao longo do tempo foi tornado um ambiente voltado para a cura das doenças, e o médico assumiu papel central em sua organização⁽⁴⁾. No entanto, nos dias atuais, mesmo diante de um cenário com forte valorização do modelo médico-centrado, é possível observar que os diversos componentes da equipe multiprofissional têm ampliado, cada vez mais, seu espaço de atuação⁽⁵⁾, o que pode gerar tensões, tanto entre profissionais de uma mesma categoria quanto entre as diversas categorias.

Com o foco na qualidade da assistência, a gestão hospitalar sofreu mudança de paradigma. Assim, é possível observar uma crescente profissionalização administrativa dos hospitais. Isso exige que seus profissionais, inclusive médicos, se comprometam com atividades burocráticas, as quais são mediadas pelo enfermeiro. No cotidiano do trabalho hospitalar, geralmente os enfermeiros têm suas práticas voltadas à gestão de documentos, e as práticas médicas são mais focadas na propedêutica e terapêutica dos pacientes, com limitado vínculo às normatizações institucionais⁽⁴⁾. No entanto, a posição do enfermeiro no contexto hospitalar vem se modificando e o profissional adquirindo cada vez mais visibilidade por estar envolvido na gestão do cuidado⁽⁶⁾.

Essa conformação leva a uma reconfiguração das práticas e relações profissionais estabelecidas entre médicos e enfermeiros e, conseqüentemente, à reconfiguração das relações de poder constituídas. Assim, é preciso que se compreenda as relações que se estabelecem nesse contexto, pois elas interferem na dinâmica do trabalho e na qualidade das práticas do cuidado. Nesse sentido, cabe considerar que o poder advindo do saber circula constantemente, reconfigurando as relações de acordo com a composição de forças constituídas a partir de conhecimentos e práticas postos em jogo^(3,5).

Segundo Foucault, o hospital pode ser considerado um ambiente que modifica a visão do poder⁽³⁾. O comando nele exercido não é concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia com efeitos de dominação, o que contribui para o desenvolvimento de uma rede de relações tensas, em que o poder exercido muitas vezes é maior do que se possui⁽³⁾. Dessa maneira, um Centro de Terapia Intensiva é apresentado como um local privilegiado para a análise das relações de poder. Neste ambiente, em que interagem diversos saberes profissionais, a prática médica é reconhecida e valorizada por desencadear todo o processo de restabelecimento da saúde ao corpo biológico criticamente doente⁽⁷⁾.

A oposição ao reducionismo da Medicina pode gerar tensões entre profissionais da equipe, com conseqüente reconfiguração das relações de poder e das práticas de saúde estabelecidas entre

médicos e enfermeiros⁽⁸⁾. Analisar a configuração destas práticas na perspectiva das relações de poder corresponde a uma tentativa de explorar as próprias convenções assistenciais como elementos socialmente constituídos, considerando que tais condutas se estruturam a partir de relações e interações que se sustentam e se contradizem, em estruturas múltiplas e complexas⁽⁹⁾.

Como o poder é constituído nas relações e nas práticas vivenciadas cotidianamente nas relações profissionais, quem detém maior conhecimento assume posição privilegiada nas relações de poder⁽³⁾. Por pressupor que o poder circula gerando efeitos nas práticas cotidianas dos profissionais médicos e enfermeiros no contexto hospitalar, e por considerar que os efeitos desse relacionamento podem se constituir em fatores que interferem na qualidade da produção de serviços de saúde, são necessários estudos que explorem essa temática.

OBJETIVO

Analisar a configuração das relações de poder constituídas nos e pelos saberes e práticas cotidianas de médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa acatou a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado nos Comitês de Ética da UFMG e do hospital escolhido como cenário da pesquisa. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias.

Tipo de estudo

Foi desenvolvida pesquisa qualitativa na perspectiva pós-estruturalista, a partir da análise dos discursos dos participantes, com base no referencial teórico-metodológico de Michael Foucault.

Procedimentos metodológicos

Cenário e participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto de um hospital filantrópico geral, de grande porte, em Belo Horizonte. À época da coleta de dados, o CTI dispunha de 30 leitos e uma equipe assistencial composta por 17 enfermeiros e 100 técnicos de Enfermagem, equipe médica com 31 intensivistas e cinco residentes, totalizando uma média de 170 admissões/mês.

Participaram do estudo oito médicos e 12 enfermeiros, e foi adotado como critério de inclusão o profissional integrar formalmente a equipe assistencial do CTI, independentemente do tipo de vínculo contratual, por um período mínimo de 04 meses, sendo excluída a participação de profissionais em período de experiência.

Para definição da amostra, foi utilizado o critério de saturação, que não é sustentado por parâmetros estritamente numéricos. Nele não há, *a priori*, delimitação do número de participantes, sendo a amostra interrompida quando a coleta de novos dados não mais desperta novos *insights* teóricos e não revela

novas propriedades das categorias estabelecidas⁽¹⁰⁾. A amostra contemplou tantos indivíduos quanto necessário para melhor compreensão da realidade estudada.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2017, por meio de observação do campo e de entrevistas com roteiro semiestruturado, com as seguintes questões norteadoras direcionadas aos enfermeiros: Fale um pouco sobre o que é, para você, ser enfermeiro; O que você considera ser um bom médico?; e no roteiro dos médicos: Fale um pouco sobre o que é, para você, ser médico; O que você considera ser um bom enfermeiro?; foram questões comuns a ambos: Como são as relações entre médicos e enfermeiros no CTI, no dia a dia do trabalho?; Você acredita que a forma como se estabelece a interação entre médicos e enfermeiros na unidade possibilita o melhor cuidado possível ao paciente? Por que?; e, Se você pudesse melhorar alguma coisa na relação médico-enfermeiro, o que você melhoraria?

A sequência das entrevistas foi definida de forma aleatória. O conteúdo foi gravado em dispositivo *media player* e, posteriormente, transcrito na íntegra, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações.

Os dados observados foram documentados em um diário de campo. Para garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra inicial maiúscula correspondente à sua categoria profissional (médico – M e enfermeiro – E), seguida do número da ordem sequencial da entrevista.

Análise dos dados

A Análise do Discurso possibilita a compreensão do modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. É papel dessa análise descrever o sentido dos relatos, por meio dos objetos, dos tipos de enunciação, os conceitos, os temas e as teorias⁽¹¹⁾.

Os discursos foram analisados considerando a condição social em que foram produzidos, o(s) seu(s) contexto(s) ideológico(s), o cenário e personagens envolvidos, não sendo, portanto, passível de generalizações. Foi observado como estes personagens se fundem e como as relações são estabelecidas, sendo possível perceber as estratégias de persuasão elaboradas pelos autores na prática desse discurso. O tratamento dos dados, além de identificar os personagens, o conceito lexical, a natureza do vocabulário, selecionou ideias postas e pressupostas pelo dito e o não dito, nos possibilitando conhecer elementos silenciados pelos participantes, fortemente ligados nos discursos⁽¹¹⁾. Para a operacionalização dos dados, foram seguidas as seguintes etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados, foram constituídas três categorias: Identidade profissional: o reconhecimento de si na profissão; Disciplina: atitudes individualizantes ou necessidade coletiva?; e Circularidade do conhecimento e do poder na constituição das práticas cotidianas.

Identidade profissional: o reconhecimento de si na profissão

A questão disparadora relacionada à identidade foi: Fale um pouco sobre o que é para você ser enfermeiro/médico. Num primeiro momento, observamos, nos enfermeiros, espanto, pausas longas e silêncio, demonstrando a dificuldade de falarem sobre si e sua profissão:

[silêncio por 10 segundos] ... *Bom ... ser enfermeiro, é...* (E4)

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

[silêncio por 8 segundos] ... [...] *Difícil de ter uma resposta única.* [...] (E1)

O silêncio prolongado nas falas sugere embaraço em elaborar sobre si mesmo. Os profissionais médicos, por sua vez, demonstraram maior facilidade e naturalidade para organizar suas respostas:

Para mim, ser médico é atuar na assistência do paciente, [...]. (M1)

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

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

Além da segurança em apresentar opiniões sobre o sentido da Medicina, os médicos mencionaram o cuidado na maioria dos discursos como identidade da profissão. O trecho seguinte refere o amor pela profissão, em um discurso encorpado de realização e orgulho por ter se tornado médico.

... *Olha, médico, para mim, é praticamente minha identidade. [...] é a coisa que eu mais gosto de fazer na vida, [...] uma realização também, né?! [...], eu amo ser médico.* (M5)

Ao colocar o ser médico como sua identidade, o entrevistado ilustra que esta identidade profissional impregna a vida pessoal, se confundindo com a mesma, levando a um apagamento da distinção entre o que é o sujeito e o seu trabalho⁽¹²⁾. Embora a profissionalização e constituição da identidade da Enfermagem tenham em sua base o cuidado⁽¹³⁾, há discursos produzidos por enfermeiros apontando distanciamento da assistência direta ao paciente como foco de sua prática profissional.

[...] *antes, eu ficava mais atrelada a procedimentos propriamente ditos, e hoje eu me sinto muito mais importante, [...] na própria organização e gestão do serviço, [...] eu penso que, né, o meu papel de enfermeiro é muito mais, é [...] nessa organização de processo do que nos procedimentos.* (E7)

Em uma direção oposta à natureza do trabalho do enfermeiro, o cuidado está sendo compreendido como demérito para este profissional, que busca em atividades administrativas a afirmação da sua importância no ambiente de trabalho. A dificuldade percebida por alguns enfermeiros em definir sua identidade profissional amplia a possibilidade de também não

serem reconhecidos e valorizados pelos outros profissionais e pela sociedade, e se tornarem invisíveis.

Quando questionados sobre o que melhorariam na relação entre médicos e enfermeiros, o enfermeiro responde:

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

O enfermeiro parece não ter sua função definida e nem uma identidade profissional bem elaborada. Nesse conflito de personalidade profissional, é notável a angústia do enfermeiro por não ser participado de decisões que tangem o cuidado, embora alguns recusem assumir esse cuidado como essência de sua própria prática.

[...] Como é que eu vou fiscalizar? Porque é meio nosso trabalho de enfermeiro ser um fiscal, se houve uma desinfecção correta do sítio de punção, se ele [médico] escovou as mãos, se o capote foi colocado de maneira estéril e tal, se a luva / como que eu vou saber isso? E eu sou cobrada por isso. Claro! Esse é o meu papel ... né [...]. (E2)

Percebemos uma subversão do significado de assistência de Enfermagem, apontando para a vigilância como uma maneira de garantir atendimento adequado ao paciente. A presença do enfermeiro no setor requer iniciativa e saber, como discursa o médico a seguir:

[um bom profissional] é o enfermeiro ágil, que consegue perceber alterações ... patológicas no paciente, aquele que consegue entender o que é grave, o que não é grave, e que não tem medo de conversar com o médico, [...]. (M4)

Nota-se, pelo discurso do médico, o desejo pela presença de enfermeiros mais comprometidos com a assistência direta do paciente. Este discurso pressupõe que os enfermeiros têm pouco domínio sobre as condições clínicas dos pacientes e pouco conhecimento para determinar situações de urgência.

[...] a maioria dos enfermeiros, eles recuam, eles não... é [...] enfrentam, não causam embate, mesmo, né, é [...] achando que têm razão ou discordando de alguma coisa, [...], muitos enfermeiros acham que o médico é um nível hierárquico, né, acima de nós. E não é nada disso! Mas hoje, infelizmente, eu acho que é por falta de conhecimento mesmo. (E7)

Nesta fala, fica subentendido que a falta de conhecimento desfavorece posturas de enfrentamento e posicionamento, fazendo com que alguns enfermeiros se mantenham em posições de pouca visibilidade como proteção ante exposições que possam constrangê-lo.

Disciplina: atitudes individualizantes ou necessidade coletiva?

O sujeito, ao ser um corpo parte de um espaço, torna possível adestrá-lo e torná-lo útil pela disciplina⁽¹⁴⁾. No exercício da saúde, é notável que o controle fica limitado ao médico, que determina

o que deve ser feito, enquanto o papel do enfermeiro fica delimitado ao ato de executar⁽¹⁵⁾:

[...] se eu não tiver uma boa relação [com o médico], como que eu vou assistir meu paciente? Porque muitas coisas eu dependo dele. [...], então eu dependo de chegar para ele e conversar, para pedir uma prescrição [...], eu preciso de um pedido de interconsulta que ele faça [...]. (E8)

É clara a preocupação deste enfermeiro em manter uma relação harmônica com a equipe médica para melhor assistência ao paciente, o que nutre, ainda mais, a ideia da supremacia médica.

[...] seria talvez mais seria esse... / essa questão de o médico ter que compreender mais a burocracia do setor pra poder... entender mais também o trabalho do enfermeiro, quando a gente cobra deles algumas coisas / às vezes tem que cobrar um simples uso de máscara, [...], olha para você e fala – Não, eu não vou fazer, eu não vou colocar a máscara né, é... eles entenderem que não sou eu / que eu não estou pedindo para mim né, a gente pede pelos nossos pacientes mesmo. (E3)

Fica posto que, para alguns profissionais, a função do enfermeiro é monitorar o trabalho do médico, o que, em algumas situações, gera resistência à disciplina instituída e conflito. O interesse clínico e político do mundo contemporâneo em atividades que garantam qualidade e segurança do paciente visa otimizar o atendimento e reduzir a chance de erros assistenciais⁽¹⁶⁾. O paciente pode vir a ser exposto a um risco aumentado durante um procedimento invasivo se as normas de segurança não estiverem adequadas e se o enfermeiro não estiver disposto a enfrentar o corpo clínico para garanti-las, como sugerem discursos do médico e do enfermeiro, participantes deste estudo:

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

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

É possível perceber que o enfermeiro tende a assumir principalmente o dever de assegurar que os procedimentos médicos estejam de acordo com as normas institucionais. Isso remete à questão da natureza desse vínculo, da relação de confiança (in)existente e talvez de dependência médica do enfermeiro para sua atuação:

Considero ser um bom médico o profissional que saiba ouvir, que saiba chegar para a equipe, falar para equipe quais são as propostas de trabalho dele, [...], como que ele vai conduzir o plantão, [...] / norrear a equipe naquilo que ele quer, quais são as condutas que ele vai realizar, [...]. Entende? (E1)

Notamos o desejo deste enfermeiro de que o médico compartilhe seu conhecimento, por ser delegado a ele o principal saber, a responsabilidade de norrear o cuidado e o andamento do plantão, pressupondo submissão voluntária à supremacia médica.

Para este enfermeiro, aderir a normas e regras não é uma opção, é um dever para que se mantenha a oportunidade do emprego.

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

O fragmento 'chamado na responsabilidade de forma diferente' anuncia a distinção de condutas hierárquicas e disciplinares entre médicos e enfermeiros.

Este estudo apontou, ainda, a falta de comunicação entre médicos e enfermeiros como a principal causa de um trabalho desarticulado e desafinado entre as duas categorias profissionais. Isto pode, de certa maneira, trazer prejuízos assistenciais ao paciente.

Eu acho que existe um problema de comunicação, principalmente, que as vezes a gente muda alguma conduta e não / esquece de passar para a Enfermagem e vice-versa, [...]. (M1)

A não comunicação entre profissionais de diferentes categorias descaracteriza o trabalho em equipe. No entanto, como a maioria dos procedimentos invasivos são rotineiros e naturalizados no cotidiano da terapia intensiva, os profissionais médicos passam a não mais perceber a importância e necessidade de compartilhá-los com o restante da equipe⁽¹⁷⁾.

A possibilidade de vigília motiva o trabalho isolado do médico, a partir do momento em que o enfermeiro surge como possível inspetor do seu ato. Tal fato pressupõe negação do médico em se sujeitar ao poder concedido ao enfermeiro.

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

O médico é passível de erros, e quanto mais gente para auxiliar, para errar menos, melhor! É... e eu acho que o enfermeiro tá do lado assim como os técnicos e toda equipe estão do lado para que isso aconteça. (M4)

Em um primeiro momento, a fala de M4 reforça a grandeza do trabalho em equipe e, em contrapartida, o médico compreende a presença do enfermeiro como um fator importante para evitar que ele erre e tenha êxito em sua própria prática.

Circularidade do conhecimento e do poder na constituição das práticas cotidianas

Complementando a etimologia da palavra saber pelas lentes filosóficas de Foucault, o termo define aquilo que podemos falar com domínio e propriedade em uma prática discursiva⁽⁸⁾. Quanto mais disfarçado o poder estiver, mais forte ele será, e uma considerável maneira de diminuir este poder é o saber⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Portanto, se trata de uma relação dialética entre poder e saber na busca do sujeito pela verdade.

[...] é... eles [médicos] às vezes pontuam, ponto de vista deles, né, é... e eu respeito, né! Às vezes eu até questiono alguma coisa, mas né, como ele é o maior responsável né, pelo tratamento. [...] Então, ele

coloca numa boa, explica de forma educada, [...], pelo julgamento, é o que é correto. Então respeito, é..., e já houve situações em que eu via que não era o correto e de fato não era [...]. (E5)

A fala ilustra uma disputa de saberes em que médico e enfermeiro se posicionam de acordo com os seus conhecimentos. Entretanto, o enfermeiro ainda explicita o reconhecimento pela supremacia médica nas práticas de saúde. Assim, o nível de visibilidade da equipe médica pode ser entendido como relativamente proporcional ao seu nível de responsabilidade.

Apesar de as relações de poder serem de força e de enfretamento, elas são sempre reversíveis, não existindo, portanto, uma relação de poder que seja completamente triunfante e incontornável⁽¹⁹⁾. Ao passo que as forças transitam, o poder circula. A relação entre o poder e o saber ou conhecimento é a combinação que atribui, ou não, visibilidade ao indivíduo⁽²⁰⁻²¹⁾. Para Foucault, o conhecimento não é algo intrínseco do homem, mas sim, algo inventado, produzido⁽²²⁾.

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

O trecho retrata a passividade deste enfermeiro na relação profissional e o seu desejo de que o médico confie nele. Mas seu discurso não evidencia estratégias de mudança do cenário. O próprio enfermeiro conferiu ao médico uma soberania sustentada pelo reconhecimento do encargo da pressão pela tomada de decisões. A visibilidade do enfermeiro no cenário deste estudo está vinculada ao domínio de normas, rotinas e padrões.

É..., [...], quem geralmente auxilia nessa parte [das normas] são os enfermeiros, que parecem que nesse quesito são mais organizados, têm mais reuniões. Então, a gente depende deles [...]. (M4)

Este médico pontua que o enfermeiro é o direcionador, contribuindo para que a equipe médica efetue sua prática de acordo com o que é preconizado pela instituição. Na acepção da palavra, o verbo auxiliar anuncia, ainda que de forma silenciada, um sujeito coadjuvante, subordinado, subalterno, assistente, ajudante⁽²³⁾.

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

Pela fala, é possível perceber que a circulação do poder é tangível pelo domínio da norma quando o profissional enfermeiro tem postura firme quanto ao seu papel nesta situação, exercendo sua autoridade no momento dos procedimentos assistenciais. Nesta ocasião, considerando este cenário, cabe uma analogia do médico como condutor do tratamento e do enfermeiro como condutor dos processos.

O que se espera é uma colaboração mútua em favor de melhor assistência ao paciente crítico, o que beneficia a constante circularidade do poder, como coloca este enfermeiro no seu discurso:

[...] é... às vezes na própria corrida de leito, mesmo, é... eles [médicos] estão discutindo algum caso, de um paciente, e tem alguma informação passando despercebida pelo médico, e aí você vai e fala, -Olha não é isso, aconteceu isso tal dia, foi tal dia que aconteceu aquilo. E aí você vê quando eles escutam a sua informação né e aí são tomadas devidas condutas. [...]. (E3)

Acho que eu melhoraria a participação do enfermeiro nas corridas de leito, falando especificamente do CTI, [...] às vezes ele não pode nem participar da corrida de leito e geralmente quando ele participa, ele é um mero espectador, não é dada a palavra a ele, nem ele muitas vezes se manifesta espontaneamente. (M2)

É possível perceber a íntima relação entre o poder e o saber, entre a visibilidade e o conhecimento. Ao passo que ser participante e ativo em qualquer processo acarrete visibilidade, ocasiona também um maior nível de responsabilidade e de exposição deste profissional, em um ciclo no qual o saber encoraja o sujeito a se mostrar, não sendo necessário, portanto, a concessão de espaço para um manifesto⁽²⁴⁾.

DISCUSSÃO

Foucault considera o poder como algo que opera por meio do discurso. É por meio dele que se diz o que se sabe⁽⁸⁾, de modo que, o conhecimento se dá de acordo com as relações de poder, nas quais o saber gera poder na pessoa que o legitima pelo discurso da verdade⁽¹⁹⁾. A constituição da subjetividade se dá nas relações estabelecidas entre os indivíduos e a identidade se constitui por meio da posição que esse sujeito ocupa no discurso. De acordo com sua posição social, sua opinião é valorizada para mais ou para menos. Você se torna sujeito quando se prende a uma identidade e, dependendo dessa identidade, a posição que você ocupa pode ser muito restritiva e limitada, influenciando suas escolhas e suas práticas⁽⁸⁾.

A subjetividade é legítima e fundamentada por tomar forma nos gestos, na postura, no olhar e nos discursos⁽²⁵⁾. Ao passo que alguns enfermeiros manifestaram hesitação ao falar de si como profissionais, os médicos se definem com facilidade sua concepção acerca de sua identidade profissional, utilizando um discurso objetivo e direto.

Apesar de os médicos terem mencionado, em seu discurso, o cuidado como essência da profissão, o processo de construção de sua identidade prioriza sobremaneira as ações técnicas⁽²⁶⁾. É possível perceber, ainda, que a execução do cuidado como essência do trabalho do enfermeiro produz efeitos negativos, se comparada à visibilidade que a gestão do serviço pode trazer a esse profissional⁽¹⁵⁾. A visibilidade possui estreita relação com o poder e suas manifestações. Entretanto, a relação de poder não deve ser confundida com violência. Somente se estabelece a relação de poder à medida em que os dois sujeitos são livres para resistirem à dominação, de modo que só há relação de poder quando há liberdade⁽³⁾. A relação de poder deve ser entendida como uma relação flutuante, não estando, portanto, numa instituição ou em

uma pessoa. Já o saber se encontra numa relação de formas e conteúdo. Ainda que para estabelecer o poder seja preciso força, para estabelecer o saber basta aprender ou ensinar sobre o objeto oculto e, nessa circularidade, provocada pelo entrecruzamento de um e de outro, poder e saber, é que se constitui o sujeito^(20,22).

A Enfermagem está em interface com outras profissões da área da saúde e apresenta uma identidade que lhe é característica a partir de seus saberes, de sua história, de seu processo de construção social e cultural no campo da assistência à saúde das pessoas, de grupos e da sociedade⁽²⁷⁾. Embora o cuidado seja considerado a essência da Enfermagem, requerendo formação específica e conhecimentos científicos que fundamentem o trabalho do enfermeiro, é possível observar que tempo destinado a esse cuidado, em sua complexidade, tem sido, de certa forma, limitado diante das exigências de desempenho de atividades assistenciais, gerenciais e administrativas⁽²⁸⁾, o que leva a uma dificuldade de reconhecimento de sua própria identidade.

Embora as equipes médica e de Enfermagem deveriam trabalhar unidas, em prol do paciente, os médicos parecem não entender o papel e o escopo da prática dos enfermeiros, atribuindo a estes profissionais responsabilidades que não lhes competem, ocasionando um certo distanciamento entre eles⁽²⁹⁾. A finalidade do cuidar na Enfermagem é prioritariamente o alívio do sofrimento humano, facilitando meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer⁽¹³⁾. No entanto, este cuidar nem sempre tem favorecido a afirmação da Enfermagem como profissão autônoma na ação do cuidado. Sua desvalorização se insere em um processo de alienação e perda de autonomia, uma vez que o cuidado constitui a essência da prática profissional do enfermeiro. E, neste estudo, percebemos a necessidade do afastamento desta prática na busca por reconhecimento.

A corrida de leito emerge, neste estudo, como uma possibilidade do reposicionamento do enfermeiro na equipe assistencial. Essa atividade evidencia a íntima relação entre o poder e o saber, entre a visibilidade e o conhecimento. Pode ser compreendida com um encontro de diversos saberes profissionais, que ganham visibilidade diante da equipe e até mesmo de pacientes, que pode garantir uma posição de detenção de poder àquele profissional que tenha seu discurso verdadeiramente reconhecido. Assim, se constitui uma possibilidade de que o poder circule⁽³⁾ e seja detido por diversos profissionais, inclusive o enfermeiro.

Embora os médicos percebam de forma mais clara a colaboração interprofissional, no cotidiano das práticas de saúde, os enfermeiros têm atitude mais positiva em relação a essa colaboração no ambiente da terapia intensiva⁽³⁰⁾, já que historicamente os médicos sempre estiveram em posição de maior poder⁽³¹⁾. Nesse sentido, cabe considerar que o fato de os médicos participantes deste estudo optarem, via de regra, por discutirem casos e definirem condutas apenas entre seus pares, pode ser reflexo do impasse identitário do enfermeiro vinculado ao poder delegado ao médico pela própria enfermagem.

Na perspectiva médica, sua diferenciação hierárquica é necessária e fundamental, considerando que, para se tornar médico, o indivíduo estuda mais do que para se tornar enfermeiro⁽³²⁾. Contudo, as alegadas diferenças de saberes não resultam, restrita e necessariamente, da quantidade de horas investidas na formação de cada profissional, já que apenas conhecimentos científicos não

são suficientes para atribuir competência clínica ao profissional e nem desempenho médico satisfatório^(12,15).

A mecânica do poder definida por Foucault é o domínio sobre o corpo dos outros, não unicamente para que se consiga que façam o que se deseja, mas para que eles operem como se quer. Logo, é possível dizer que a disciplina fabrica corpos submissos, os chamados corpos dóceis. Assim, é possível perceber o corpo de médicos e enfermeiros como uma máquina multissegmentar e, no processo de justaposição, ao ocupar lugares distintos no mesmo ambiente, atuam como peças combinadas em que uns devem se ajustar ao tempo dos outros de maneira que se possa extrair a máxima quantidade de forças de cada um e combiná-las em um excelente resultado⁽³⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro busca a posição de poder assumindo o papel de guardião das normas institucionais, de vigilante, inclusive daquelas aplicadas ao trabalho do médico. Para Foucault, geralmente quem inspeciona e monitora os processos de trabalho como ofício costuma ter um ar de superioridade e de comando, por vezes necessárias quando se vigia uma multidão⁽³⁾. O enfermeiro, ao assumir esta atividade como função acumulada às suas demandas assistenciais, se torna a personificação desta figura coercitiva.

Estudos apontam que, apesar de os enfermeiros estarem disponíveis para o trabalho em equipe, eles ainda consideram os médicos com o poder na tomada de decisões terapêuticas^(26,33). Corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa, estudos apontam que a qualidade dos cuidados prestados é diretamente proporcional à qualidade da relação dos profissionais de saúde. E, apesar de ser um desafio trabalhar em conjunto, é essencial que médicos e enfermeiros encontrem maneiras de serem parceiros para suprir com primazia as necessidades de cuidados do paciente crítico^(16,26,29,31,34).

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo se refere ao fato de ter se restringido a analisar as relações que se estabelecem no contexto de médicos e enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva. É importante que outros estudos sejam desenvolvidos em diferentes unidades de uma estrutura hospitalar, para que seja possível compreender a dimensão e o alcance dos efeitos das relações de poder em cenários que envolvam diferentes práticas e que requeiram diferentes conhecimentos desses profissionais.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Esta pesquisa tentou elucidar como as práticas de saúde entre médicos e enfermeiros se configuram a partir das relações de poder que se colocam em cena, em um ambiente particular. Os resultados do estudo chamam a atenção para as estratégias hora de resistência e hora de submissão ao poder disciplinar no contexto da equipe, além de enfatizar a estreita relação entre o poder e o conhecimento, com repercussões no reconhecimento do profissional diante da equipe. Entretanto, assumindo a possibilidade de circulação do poder, entendemos que as posições podem ser questionadas e modificadas, com consequente modificação das práticas de cuidado. Assim, estudos dessa natureza podem subsidiar reflexões sobre atitudes e práticas individuais e coletivas na perspectiva de que seja possível estabelecer maior fluidez nas relações entre médicos e enfermeiros em prol de um cuidado cada vez mais qualificado e seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos discursos de médicos e enfermeiros de um Centro de Terapia Intensiva (CTI), buscamos desenvolver uma compreensão crítica de como as relações de poder influenciam na atuação deles. Considerando que essas relações se fazem presentes, irrestritamente, em todas convivências humanas, certamente não houve intenção de esgotar a discussão sobre a configuração das práticas de saúde na perspectiva das relações de poder no CTI, mas de identificar algumas nuances que se apresentam de forma expressiva no delineamento da estrutura do trabalho e na configuração das relações das equipes.

Os resultados apontam que a identidade, a disciplina e circulação do poder são elementos interdependentes, que se conectam em um movimento contínuo de subjetivação do sujeito que, por sua vez, se utiliza do discurso como estratégia de persuasão para modificar a posição assumida em diferentes situações, fazendo com que o poder circule. É necessário, contudo, admitir que poder e saber estão intimamente relacionados e que o saber legitimado produz poder.

Acreditamos que este trabalho possa fomentar novas discussões acerca do poder na constituição das práticas de saúde, o que poderá contribuir para melhor compreensão destas atividades na perspectiva do trabalho de médicos e enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Organização Pan-americana de Saúde. As redes de atenção a saúde [Internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde 2011[cited 2016 May 16]. 549 p. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
2. Ferreira LCM, Garcia FC, Vieira A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. *Rev Adm Mackenzie* 2010;6(11):31-54. doi: 10.1590/S1678-69712010000600004.
3. Foucault M. Vigiar e Punir: Nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis 2014. 302 p.
4. Vendemiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simioni FJ. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010[cited 2016 May 16];1(15):1301-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/039.pdf>
5. Oliveira AM, Lemes AM, Machado CR, Silva FL, Miranda FS. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* [Internet]. 2010[cited 2016 May 16];10(2):433-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/23.pdf>

6. Riaz A, Haider MH. Role of transformational and transactional leadership on job satisfaction and career satisfaction. *Beh Business Econ Horizons* [Internet]. 2010[cited 2016 May 16];1(1):29-38. Available from: http://www.academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/beh/volume1/201103201428_05_V1_PAKISTAN_BEH_Adnan_Riaz_d.pdf
7. Oliveira BRG, Collet N. Relações de poderes (inter)profissionais e (inter)institucionais no hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2000[cited 2016 May 16];2(53):295-300. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a15.pdf>
8. Foucault M. *Arqueologia do Saber*. São Paulo: E. Edições 70, 2016.
9. Velloso ISC, Ceci C, Alves M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010[cited 2016 May 16];31(2):388-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200026>
10. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qualit* [Internet]. 2017[cited 2016 May 16];7(5):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
11. Erasga DS. Methodological promises of discourse analysis in Philippine environmental research. *Pacific Asia Inquiry* 2012;3(1):116-131.
12. Jorge Neto AD. Identidade Profissional e as Humanidades na Famed/UFU. *Rev Bras Educ Médica* [Internet] 2013[cited 2016 May 16];2(37):266-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/15.pdf>
13. Pimenta AL, Souza ML. The professional identity of nursing in the papers published by Reben. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):1-9. doi: 10.1590/0104-07072016004370015
14. Wermuth MAD, Santos ALC. Michel Foucault e a Arqueologia/genealogia do poder: da sociedade disciplinar à biopolítica. *Rev Quaestio Iuris* [Internet]. 2016[cited 2016 May 16];1(9):405-24. doi: 10.12957/rqi.2016.17727
15. Santos PS, Bernardes A, Vasconcelos RMA, Santos RS. Relação entre médicos e enfermeiros do hospital regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. *Rev Ciênc Est Acad Med* [Internet]. 2015[cited 2016 May 16];4:10-28. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911>
16. Paradis E, Leslie M, Puntillo K, Gropper M, Aboumatar HJ, Kitto S, et al. Delivering interprofessional care in intensive care: a scoping review of ethnographic studies. *Am J Crit Care*. 2014;23(3):230-8. doi: 10.4037/ajcc2014155
17. Hughes B, Fitzpatrick JJ. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *J Interprof Care*. 2010;24(6):625-32. doi: 10.3109/13561820903550804
18. Pena RCA, Pena MLA. "O saber socrático e platônico". *Contribs Cienc Soc*[Internet]. 2013[cited 2016 May 16]. Available from: <http://www.eumed.net/rev/cccss/26/socrates-platon.html>
19. Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*[Internet]. 2014[cited 2016 May 16];1(10):225-35. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/5088>
20. Velloso I, Ceci C, Alves M. Configurations of power relations in the Brazilian emergency care system: analyzing a context of visible practices. *Nurs Inquiry*. 2013;20(3):256-64. doi: 10.1111/j.1440-1800.2012.00602.x
21. Velloso ISC, Araújo MT, Nogueira JD, Alves M. Mobile Emergency Care Service: the work on display. *Texto Contexto Enferm*. 2014 23(3):538-546. doi: 10.1590/0104-07072014000030013
22. Ferreira IMN, Raitz TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Rev Adm Pública*. 2010;44 (2):367-83. doi: 10.1590/S0034-76122010000200008
23. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. 1986 p.
24. Foucault M. *O governo de si e dos outros*. 2 ed. São Paulo: E. WMF Martins Fontes, 2017. 400p.
25. Fischer RMB. Foucault e o desejável conhecimento do sujeito. *Educação e realidade* 1999;24(1):39-59.
26. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *Int Nurs Review*. 2013;60(3):291-302. doi: 10.1111/inr.12034
27. Bellguarda MLR, Silveira LR, Mesquita MPL, Ramos FRS. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enferm Foco* [Internet]. 2011[cited 2016 May 16];3(2):180-3. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/130/111>
28. Santos AG, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Benício CDAV, Nogueira LT. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2016 May 16];33(3):[aprox.0p.]. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529>
29. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovachic J, Greer-Williams N. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *J Nurs Scholarship*. 2015 Mar;47(3):275-284. doi: 10.1111/jnu.12130
30. Sollami A, Caricati L, Sarli L. Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *J Interprof Care*. 2014;3(29):223-9. doi: 10.3109/13561820.2014.955912
31. Vegesna A, Coschignano C, Hegarty SE, Karagiannis T, Polenzani L, Messina E, et al. Attitudes towards physician-nurse collaboration in a primary care team-based setting: survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. *J Interprof Care*. 2016 Jan;30(1):65-70. doi: 10.3109/13561820.2015.1081878
32. Bazzarelli IM, Amorim MCS. Gênero, representação simbólica e origem social nos conflitos entre médicos e enfermeiras. *Rev Psicol Polít*. 2010;19(10):75-89. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2010000100007&lng=pt&nrm=iso

33. Nair DM, Fitzpatrick JJ, McNulty R, Click ER, Glembocki MM. Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *J Interprof Care*. 2011;2(26):115-20. doi: 10.3109/13561820.2011.637647
 34. Boev C, Xia Y. Nurse-Physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Crit Care Nurse*. 2015;35(2):66-72. doi: 10.4037/ccn2015809
-