

FACULDADE NOVOS HORIZONTES
Mestrado Acadêmico em Administração

**RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIROS DE
CLÍNICAS ONCOLÓGICAS DE BELO HORIZONTE**

JÚNIA NACUR BERNARDES

BELO HORIZONTE
2008

JÚNIA NACUR BERNARDES

**RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIROS DE
CLÍNICAS ONCOLÓGICAS DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orienta. Prof^ª. Dra. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo

Linha de Pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações

BELO HORIZONTE

2008

Dedico este trabalho, além de todas as minhas conquistas, ao meu pai, Dr. Rosenwaldo Bernardes Filho, meu mestre da vida, que sempre orientou os meus passos e trilhou comigo os bons e os árduos caminhos da minha existência. Que sempre acreditou nos meus projetos e levantou comigo as bandeiras dos meus sonhos e ideais. Meu grande e eterno amigo, meu companheiro incondicional, meu “porto seguro”, meu herói, meu maior exemplo de profissionalismo, dignidade, honra, humanidade e respeito à vida humana e, acima de tudo, que me ensinou o verdadeiro significado da existência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sempre, e primordialmente, a Deus e ao meu pai.

A minha professora orientadora, Dra. Marlene Catarina, pelo profissionalismo, dedicação e ensinamentos e pela possibilidade de alcance deste ideal.

Ao Carlos Alberto, meu esposo e eterno namorado, pelo apoio durante esta trajetória, me incentivando e encorajando a atingir este sonho, mesmo em face à privação da minha companhia.

Aos meus filhos, Thiago, Juliana e Lucas, meus maiores tesouros e razão da minha caminhada, por me impulsionarem ao bom exemplo e por serem a fonte da minha grande inspiração em viver sonhando e realizando os sonhos.

A minha irmã, Judith, por ser uma grande guerreira, minha amiga, companheira e confidente, por me fazer acreditar nos temperos e nas cores da vida, e por me mostrar que sempre vale a pena recomeçar.

Ao meu irmão, Márcio, pelo exemplo de coragem em caminhar e lutar, mesmo que distante.

Ao meu cunhado, Benedito, e meus sobrinhos, Pedrinho e Aninha, Michael e Stephanie, por fazerem parte da minha vida, tornando-a mais suave e mais bela.

Aos meus pais, por me possibilitarem a existência e, conseqüentemente, a concretização desta jornada.

Aos professores e funcionários que contribuíram de maneira significativa para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A dissertação tem como foco as relações de poder vivenciadas por enfermeiros de clínicas de oncologia de Belo Horizonte. O estudo buscou analisar estas relações nos objetos de poder entre o enfermeiro e seus superiores, subordinados, pares e pacientes, sob a ótica dos enfermeiros oncologistas, de acordo com suas percepções no desenvolvimento de suas atividades no cotidiano de trabalho. O suposto é que as relações de poder existentes entre os diversos agentes influenciem diretamente as ações cotidianas do enfermeiro nas clínicas de oncologia. Os resultados da pesquisa de campo mostraram que o cotidiano de trabalho dos enfermeiros oncologistas é marcado por atividades de cunho gerencial e assistencial, sendo que as ações gerenciais ocupam maior parte do tempo dos enfermeiros pesquisados. Verificou-se também a influência das manifestações de poder envolvendo os membros da equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica, além de diretores e pacientes, nas ações cotidianas dos enfermeiros oncologistas. Observou-se que, mesmo detendo posição de destaque nas relações de poder nas clínicas de oncologia, o enfermeiro vivencia conflitos e lutas, ainda que veladas, no ambiente de trabalho. Dentre as relações estabelecidas no ambiente de trabalho, as relações mais fáceis são aquelas entre o enfermeiro e seus subordinados e as relações apontadas pelos enfermeiros como mais difíceis são aquelas envolvendo os enfermeiros oncologistas e os médicos. Apesar das relações de poder vivenciadas no âmbito das clínicas oncológicas, prevalece entre os pesquisados as percepções de valorização e respeito ao profissional enfermeiro. Além disto, a autonomia do enfermeiro nas tomadas de decisão é citada como um dos elementos facilitadores para o desenvolvimento das atividades destes no ambiente de trabalho.

Palavras-chaves: relações de poder – clínicas de oncologia – enfermeiro oncologista – cotidiano de trabalho

ABSTRACT

The dissertation focuses on the relationships of power experienced by nurses in the clinical oncology in Belo Horizonte. The study assessed these relations in the objects of power between the nurses and their superiors, subordinates, peers and patients, from the viewpoint of nurses oncologists, according to their perceptions in the development of its activities in the daily work. The alleged is that the balance of power between the assumptions actors directly affect the everyday actions of the nurse in clinical oncology. Upon completion of field research, we found that the daily work of nurses oncologists is marked by activities of stamp management and care, and the shares management occupy most of the time of the nurses surveyed. There was also the influence of the manifestations of power involving members of the multidisciplinary team of antineoplastic therapy, as well as directors and patients in the everyday actions of nurses oncologists. It was observed that even holds a prominent position in power relations in clinical oncology, the nurse experienced conflicts and struggles, though veiled, in order to better balance in relationships or even the demonstration of power between the individuals involved here. Among the relations established on the desktop, Easier relations are those between the nurses and their subordinates and the relationship pointed out by nurses as most difficult are those involving the nurses and medical oncologists. Despite the balance of power experienced in the context of clinical oncology, among the surveyed prevailing perceptions of the value and respect the professional nurse. In addition, the autonomy of nurses in decision-making is cited as one of the elements facilitators for the development of these activities on the desktop.

Key words: balance of power - of clinical oncology - nurse oncologist - everyday working

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.2 OBJETIVOS.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 As organizações e as questões de gênero.....	16
2.2 As relações de poder nas organizações.....	18
2.3 As relações de poder vivenciadas por enfermeiros.....	29
3 PROFISSÃO DO ENFERMEIRO E O CONTEXTO HOSPITALAR.....	32
3.1 Aspectos de gênese da profissão do enfermeiro.....	32
3.2 Caracterizando o setor hospitalar.....	35
3.3 Atividades cotidianas do enfermeiro.....	39
3.4 Terapêutica do câncer e enfermagem.....	40
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
4.1 Tipo de pesquisa.....	46

4.2 Coleta de dados e instrumentos.....	47
4.3 Universo e sujeitos da pesquisa.....	48
4.4 Tratamento e análise dos dados.....	50
5 COTIDIANO DO ENFERMEIRO EM CLÍNICAS DE ONCOLOGIA.....	54
6 A VIVÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: DIFICULDADES E FACILIDADES.....	69
7 O ENFERMEIRO E O PODER NO AMBIENTE HOSPITALAR ONCOLÓGICO	95
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICES	152

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre o cotidiano do enfermeiro-gerente, tratando-se de instituição hospitalar de pequeno porte, abrangem situações de tensões e conflitos, além do tocante à sobrecarga de trabalho da gestão. De acordo com Davel e Melo (2005), ao longo da década de 90 ocorre um agravamento na situação de ambigüidade na vivência gerencial, devido a processos de reestruturação das organizações frente às novas condições do sistema capitalista e às novas formas de administração. As mudanças na estrutura organizacional e a redução de níveis hierárquicos impõem também mudanças na função gerencial.

Estruturas organizacionais reduzidas, presentes no cotidiano profissional, levam o enfermeiro-gerente ao processo de adaptação e reestruturação de suas atividades diárias para adequá-las às demandas do mercado de trabalho.

As reestruturações organizacionais, de acordo com Davel e Mello (2005), realizaram-se em dois movimentos: a racionalização e a flexibilização, levando os gerentes a tensões conflituosas e contraditórias. Além da intensificação do trabalho, os gerentes vivenciam processos de comunicação ambíguos.

O cotidiano dos enfermeiros é marcado por atividades de cunho assistencial, gerencial ou misto, sendo este o mais comum; levando-o à sobrecarga de trabalho e ao acúmulo de tarefas.

As instituições hospitalares de pequeno porte - caracterizadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com o número de leitos, como instituições com até 50 leitos - (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) sofreram sensivelmente com as mudanças de estrutura organizacional, o que levou o enfermeiro a assumir cada vez mais atividades de cunho gerencial, exigindo novas competências. Conseqüentemente, as relações de dependência da organização e dos outros profissionais em relação ao enfermeiro tendem a aumentar dentro da equipe de trabalho.

De acordo com Reed (1997), gestores assalariados cada vez mais especializados trabalham exaustivamente para gerar recursos necessários à expansão das organizações e a nova função desta passa a ser a coordenação administrativa e a alocação do capital e do trabalho.

No ambiente hospitalar, a equipe multidisciplinar de saúde é composta por profissionais de enfermagem, médicos, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais, dentre outros.

A equipe de enfermagem, de acordo com a Lei nº. 7.498 de 25/6/1986, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências, é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, sendo o enfermeiro o responsável pelo gerenciamento da equipe.

O enfermeiro é um profissional com formação universitária, responsável pelo planejamento da assistência que será prestada ao paciente e pelo gerenciamento dos recursos envolvidos nessa assistência de maior complexidade. O técnico de enfermagem é um profissional com formação técnica que necessita ter o segundo grau completo e o curso de técnico de enfermagem, cabendo a este profissional a assistência direta ao paciente. O auxiliar de enfermagem é um profissional com formação técnica que necessita ter o primeiro grau completo e o curso de auxiliar de enfermagem, cabendo a este profissional a assistência direta ao paciente com menor grau de complexidade. Em alguns serviços de saúde são destinadas a este último apenas tarefas relacionadas a cuidados com materiais e equipamentos da instituição. Todos os profissionais da equipe de enfermagem devem ter seu registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Estado onde desenvolvem suas atividades profissionais.

No caso de Serviço de Terapia Antineoplásica (TA), a legislação específica que normatiza o serviço é a Resolução da Diretoria Colegiada de número 220, de 21 de setembro de 2004 (RDC 220 / 04). Esta resolução aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica e é aplicável a todos os estabelecimentos públicos ou privados do país que realizam essas atividades.

São exigências para a equipe de enfermagem na administração da terapia antineoplásica (TA), de acordo com a RDC 220/04 (2004): apresentar quadro de pessoal de enfermagem qualificado e que permita atender aos requisitos da resolução 220/04; manter as atribuições e responsabilidades individuais de cada componente da equipe de enfermagem formalmente descritas e disponíveis a todos os envolvidos no processo; promover treinamento inicial e permanente dos profissionais envolvidos na administração da TA, garantindo a sua capacitação e atualização profissional; garantir a utilização de luvas e aventais durante a administração da TA; realizar todas as interferências pertinentes à administração da TA de acordo com procedimentos operacionais escritos e que atendam às diretrizes do Regulamento Técnico e garantir a existência de protocolo escrito para o atendimento de acidentes de punção e extravasamento de drogas.

São ações privativas do enfermeiro da equipe na administração da terapia antineoplásica: avaliar a prescrição médica quanto à sua viabilidade, interações medicamentosas, medicamentos adjuvantes e de suporte, antes da sua administração; conferir a identificação do paciente e sua correspondência com a formulação prescrita, antes da sua administração; notificar as reações adversas e encaminhar a notificação ao médico-assistente, ao responsável pela equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica (EMTA) e ao órgão sanitário competente; realizar a inspeção visual da medicação da terapia antineoplásica; comunicar ao responsável pela manipulação da medicação a existência de perfurações, vazamentos, corpos estranhos, precipitações ou outras irregularidades e registrar no prontuário do paciente os eventos adversos à administração, à ocorrência de extravasamentos e à evolução da enfermagem.

Além de ações específicas na administração da TA, os enfermeiros possuem outras atribuições, de cunho gerencial e assistencial, como a assistência direta ao paciente oncológico, desde sua recepção à sua alta hospitalar; envolvendo consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem e prestação de cuidados diretos ao paciente.

Ainda na equipe de terapia antineoplásica outros profissionais se fazem presentes na assistência ao paciente, compondo a Equipe Multidisciplinar de Terapia Antineoplásica. A equipe de terapia antineoplásica, de acordo com a RDC

220/04, deve ser composta por, no mínimo, um médico responsável técnico com titulação de especialista em oncologia clínica, um enfermeiro responsável técnico e um farmacêutico responsável técnico.

As relações de poder vivenciadas por enfermeiros no ambiente hospitalar existem desde o estabelecimento da enfermagem como uma profissão com bases científicas. A partir do século XIX, com a interferência de Florence Nightingale, dama da nobreza européia, precursora da enfermagem na Europa, a enfermagem tomou como característica a divisão do trabalho, sendo o trabalho intelectual realizado por enfermeiras, as “ladies nurses”, hierarquicamente superiores aos profissionais operacionais da equipe de enfermagem. Às subordinadas, as “nurses”, atuais técnicas e auxiliares de enfermagem, cabia a tarefa manual do cuidado direto aos doentes. Dos subordinados esperava-se um comportamento de obediência e subserviência, resultando por vezes em lutas veladas por poder na equipe de enfermagem.

Também no ambiente hospitalar as relações de poder dos profissionais da equipe multidisciplinar, devido à necessidade de valorização profissional e busca de hegemonia, sempre estiveram presentes.

Souza e Lisboa (2002) se referem às fortes relações de poder presentes no universo hospitalar, no sentido de caracterizar qual categoria profissional se encontra em posição de destaque e prestígio nesse espaço. Diante da enorme multiplicidade de profissionais inseridos no contexto hospitalar, com formações diversificadas, desejos e aspirações profissionais e pessoais diversas, a disputa se torna acirrada, sendo este um campo complicado das relações de poder.

Há estudos como os de Barreira (1999), Carmona e Laluna (2002), que discorrem que, com o advento da enfermagem moderna os enfermeiros buscaram maior qualificação e especialização do trabalho, tendo como consequência um maior reconhecimento e uma maior autonomia quanto ao fazer nas organizações de saúde.

As relações de poder que envolvem os enfermeiros em clínicas de oncologia estão relacionadas aos profissionais da equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica.

De acordo com Souza e Lisboa (2002), as relações de poder na equipe de enfermagem põem em risco a função de liderança da enfermeira devido ao preparo muitas vezes inadequado das enfermeiras para a atividade de comando e a aspectos ligados à organização do trabalho hospitalar. As relações das enfermeiras com a hierarquia superior também são problemáticas e difíceis, revelando que a luta pelo poder também ocorre "de cima para" baixo no interior da profissão.

A relação do enfermeiro com seus pares em clínicas oncológicas - o farmacêutico e o médico - nem sempre se desenha de maneira compreensível e envolve situações de conflito e dúvidas quanto à autonomia profissional na tomada de decisões. Esses conflitos se fazem mais presentes na relação enfermeiro/médico uma vez que, além da tradição do poder médico devido à hegemonia médica ao longo da história da saúde no Brasil os médicos também são, na maioria das vezes, os proprietários das clínicas de oncologia, exercendo sobre o enfermeiro um papel hierarquicamente superior.

Diante deste tema, decidiu-se desenvolver esta pesquisa de análise das relações de poder que permeiam o trabalho de enfermeiros no ambiente hospitalar.

Nessa perspectiva, este trabalho busca compreender as práticas cotidianas vivenciadas por enfermeiros em instituições hospitalares de pequeno porte de Belo Horizonte, especificamente clínicas oncológicas, enfatizando as relações de poder que permeiam as referidas práticas. A questão norteadora do presente trabalho é "como são as relações de poder vivenciadas por enfermeiros de clínicas oncológicas?".

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de compreender o universo do ambiente hospitalar: as relações que nele se estabelecem e que envolvem o enfermeiro, seus subordinados e seus pares no contexto de mudanças na estrutura e no trabalho dos profissionais de clínicas oncológicas com o advento de novas

legislações como a RDC 220/04, que normatiza os serviços de terapia antineoplásica no Brasil.

Em decorrência de profundas mudanças na estrutura da sociedade e das organizações desde a década de 90 e diante da realidade das atividades gerenciais do enfermeiro em instituições hospitalares e levando em consideração as relações existentes nesse ambiente, torna-se relevante compreender as relações que permeiam o trabalho do enfermeiro e seus pares no ambiente de clínicas de oncologia, sob o olhar do enfermeiro-gerente.

Considerando as particularidades do trabalho do enfermeiro em instituições hospitalares, o objetivo geral deste estudo foi compreender, no contexto de instituições hospitalares, as relações de poder que permeiam as práticas cotidianas vivenciadas por enfermeiros em clínicas de oncologia de Belo Horizonte.

Buscou-se responder à questão proposta com os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as ações cotidianas do enfermeiro em clínicas de oncologia;
- b) Inventariar as principais dificuldades e facilidades de enfermeiros no desenvolvimento de suas funções;
- c) Verificar a posição do enfermeiro na estrutura das relações de poder de clínicas oncológicas;
- d) Analisar as práticas de poder na equipe multidisciplinar de uma clínica de oncologia.

O presente trabalho foi estruturado em capítulos, sendo este primeiro concluído após evidenciar aspectos sobre o poder e as relações de poder, além de organizar a explanação da problemática, justificativa e objetivos do trabalho.

No capítulo 2, foram tratados assuntos referentes às organizações hospitalares e as relações de poder vivenciadas por enfermeiros gerentes neste contexto. Objetivou-

se a construção de referencial teórico, de forma a traçar as linhas de raciocínio para subsidiar a análise dos resultados obtidos na pesquisa de campo.

No capítulo 3, foram tratados assuntos referentes à gênese da enfermagem, caracterização do setor hospitalar, atividades cotidianas do enfermeiro e terapêutica do câncer, também como subsídio para a análise dos resultados da pesquisa de campo.

As especificações metodológicas e o caminho trilhado para o alcance dos resultados foram divulgados no capítulo 4, que se constituiu como norteador do “como” e o “porquê” das realizações, esclarecendo sobre o tipo de pesquisa, a coleta de dados e instrumentos, o universo e sujeitos da pesquisa, e o tratamento e análise dos dados.

Nos capítulos 5, 6 e 7, está a consolidação da análise dos dados da pesquisa de campo, contemplando a percepção dos entrevistados acerca do cotidiano de trabalho de enfermeiros em clínicas de oncologia, da vivência profissional do enfermeiro, suas dificuldades e facilidades e o enfermeiro e o poder no ambiente hospitalar oncológico.

No capítulo 6 foram apresentadas as conclusões obtidas a partir das revelações dos dados coletados, divulgadas com a pretensão de introduzir novo olhar sobre as relações de poder vivenciadas por enfermeiros oncologistas e os sujeitos envolvidos no ambiente de trabalho, e a fim de permitir o aprofundamento no estudo sobre o fenômeno das relações de poder.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As organizações e questões de gênero

Considerando a enfermagem como uma profissão historicamente feminina, faz-se necessária a análise das questões de gênero nas organizações brasileiras.

A conquista do mercado de trabalho pelas mulheres é cada vez mais uma realidade dos dias atuais. De acordo com Davel e Melo (2005), existe uma tendência a se assegurar a participação plena e efetiva das mulheres no mercado de trabalho, em condições de igualdade com os homens.

De acordo com Melo (2001), apesar do crescimento da presença feminina em cargos de gerente, verifica-se ainda uma maior dificuldade de inserção de mulheres na função gerencial, visto que a gerência simboliza um campo masculino.

Nas organizações brasileiras, o aumento da participação feminina nos cargos de gerência também pode ser observado (MELO, 2001). A participação da mulher em cargos de gerência da equipe de enfermagem é uma realidade desde os tempos de Florence Nightingale. Porém, apesar do crescente número de mulheres no mercado de trabalho, estas enfrentam problemas de cunho salarial, recebendo remunerações aquém dos pares masculinos, além de enfrentarem dupla jornada de trabalho, conciliando atividades próprias da empresa com atividades familiares.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008), embora as mulheres estudem mais, elas ainda ganham menos que os homens. Entre os trabalhadores com nível superior completo, o salário das mulheres equivale a 60% dos rendimentos pagos aos homens na mesma função. Elas recebem cerca de R\$ 2,2 mil enquanto os homens recebem R\$ 3,8 mil. A proporção se mantém mesmo quando o nível de ensino da mulher é superior ao do homem. O levantamento mostra que 59,9% das mulheres ocupadas estudaram onze anos ou

mais, contra 51,9% dos homens trabalhadores. Isso indica que mesmo com grau de escolaridade mais elevado as discrepâncias salariais não diminuem.

Dados do IBGE (2008) também apontam que, apesar de as mulheres serem a maioria da população brasileira, menos da metade está trabalhando. Nas seis regiões estudadas, 44,4% das mulheres tinham emprego, mas a maioria das ocupações não é reconhecida formalmente. Das mulheres ocupadas, 37,8% tinham trabalho com carteira assinada no setor privado, enquanto entre os homens o percentual foi de 48,6%.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2007), entre 1999 e 2006, as mulheres das regiões pesquisadas continuaram a se destacar pela intensa entrada no mercado de trabalho contabilizando, no ano de 2006, 8,88 milhões de mulheres trabalhadoras. Embora tenham presença cada vez mais expressiva no mundo produtivo e venham se deparando com uma conjuntura mais favorável à geração de empregos, as mulheres ainda enfrentam uma nítida desigualdade de oportunidades ocupacionais comparativamente aos homens: o desemprego continua sendo maior para o segmento feminino e seus rendimentos não superam o patamar de 81,8% dos ganhos masculinos.

Segundo Davel e Melo (2005), o ingresso maciço de mulheres no mercado de trabalho, a redefinição de papéis de homens e mulheres na divisão de responsabilidades familiares, a flexibilidade e competitividade no mundo do trabalho e a flexibilização nos planos de emprego e jornada de trabalho obrigam os gerentes a atentar para o equilíbrio trabalho-família, pautando suas ações com a responsabilidade de conciliar estas duas esferas nas organizações em que trabalham.

Cohen (2001) afirma que valores femininos tais como sensibilidade, flexibilidade, habilidade em cuidar de pessoas e acessibilidade estão sendo requeridos no mundo corporativo, constituindo vantagens que as mulheres têm encontrado ao ingressar no mercado de trabalho. Nesta perspectiva, enfermeiras

dispõem dos valores femininos como pontos positivos no desenvolvimento de suas atividades cotidianas e no sucesso do seu trabalho.

Focando as relações de gênero e poder, na perspectiva de Foucault (1979), o poder pode ser caracterizado como micro-poder ou sub-poder, onde tanto a punição quanto o poder de punir se realizam. Não se deve compreender o poder como algo homogêneo que funciona em bloco, como a dominação de um sujeito sobre os outros. O poder deve ser tomado como algo que transita pelos indivíduos, pois estes não são um núcleo elementar onde simplesmente o poder incide. O indivíduo é um efeito e um intermediário do poder. O poder circula, funciona em cadeia. O poder funciona e o poder se exerce.

Na análise foucaultiana, o poder do homem sobre as mulheres como fator de submissão das mesmas nos ambientes profissionais vem tomando conotações diferenciadas. Cada vez mais as mulheres vêm se qualificando e assumindo posições de destaque nas organizações.

2.2 As relações de poder nas organizações

Nas organizações, questões ligadas às relações de poder se fazem presentes e determinam, em grande parte, seu sucesso.

Vários olhares sobre as questões ligadas às relações de poder estão presentes. De acordo com Carvalho, Vieira e Lopes (1999), o poder pode ser interpretado sob três enfoques: a obtenção de aquiescência ou controle, a relação de dependência e a desigualdade.

Interpretado sob o enfoque da aquiescência ou controle, o poder enfatiza o predomínio da vontade de uns sobre a vontade do outro e implica, inevitavelmente, em resistência e conflito, sendo fundamental à sua análise o grau no qual a existência do poder se faz sentir.

Interpretado sob o enfoque da relação de dependência, o poder é aquele que potencializa as relações de dependência entre os atores sociais, enfatizando os tipos e as formas como se obtém e se sustentam as relações de dependência entre o sujeito e o objeto do ato de poder.

Ainda segundo Carvalho, Vieira e Lopes (1999), sob o enfoque da desigualdade, o poder encerra uma noção que focaliza as capacidades diferenciais dos atores no sistema, no sentido de se assegurar vantagens. Nesta perspectiva, não é necessário que o receptor do ato de poder seja dependente ou aquiesça para que o poder se exerça.

Na perspectiva dos referidos autores, os três enfoques apresentados são compatíveis com a abordagem weberiana, desde que estabelecidas as relações entre poder e autoridade.

Deste modo, a classificação weberiana de poder é estabelecida em estreita relação com o conceito de autoridade: enquanto o poder exige o emprego da força, a autoridade representa uma forma de poder que não implica no uso da mesma.

A influência da contribuição de Weber (1991) remete à perspectiva do conflito que pressupõe a multiplicidade de objetivos dos indivíduos nem sempre convergentes com os objetivos da organização. Nesta linha de raciocínio, faz-se necessária a discussão da importância do estresse individual e coletivo e da formação de situações conflituosas como inerentes às organizações.

De acordo com Faria (2004), o poder é a capacidade de assegurar o cumprimento de obrigações impostas pelas unidades “em um sistema de organização coletiva, destacando quatro possibilidades de demonstração deste poder por meio de: persuasão, ativação de compromisso, incentivo e por coerção”. (FARIA, 2004, p.720).

Verifica-se, nesta análise, que as relações de poder são praticadas com o apoio das quatro práticas propostas pelo autor para o exercício do poder.

Faria (2003) refere ainda que, no ambiente de trabalho as tarefas, atividades e atribuições devem estar distribuídas nos níveis hierárquicos da estrutura organizacional, correspondendo à função e desempenho dos cargos e devem ser realizadas em conformidade com os objetivos da organização

Foucault (2004), na análise das relações de poder, refere-se a este não só como conflito, confronto e competitividade na versão nociva da expressão, mas também em suas manifestações que tendem a contribuir para conotações positivas e disposições favoráveis.

Pois, se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de grande superego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos, em nível do desejo – como se começa a conhecer – e também em nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz. (Foucault, 2004, p.148).

Para Foucault (1987), o poder encontra-se sempre ligado à arqueologia dos saberes e, na modernidade, o poder soberano do antigo regime cede espaço ao poder disciplinar que possibilita o controle, o registro e o acúmulo de saberes sobre os indivíduos vigiados.

O acúmulo de saberes sobre os indivíduos vigiados torna os mesmos, segundo Foucault (1987), dóceis e úteis à sociedade e surgem, dentre outros novos saberes, a medicina hospitalar.

De acordo com Foucault (1987), tendo o poder uma conotação de controle, surgem normas para o controle disciplinar confrontando crenças, desejos, valores e interesses. Poder disciplinar caracteriza-se, por definição, por ser.

[...] uma rede que atravessa a instituição sem se limitar a suas fronteiras. É uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que assegura a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade [...] (FOUCAULT, 2004, p.106-07).

Foucault (2004) procura examinar como a punição e o poder de punir se materializam, podendo ser caracterizados como micro-poderes ou sub-poderes.

Além disso, a abordagem de Foucault (2004) não procura indicar quem deseja dominar e seus motivos, mas como funciona esse processo de sujeição e dominação dos indivíduos.

Tratando-se das organizações, Etzioni (1965) afirma que o êxito de uma organização depende da sua capacidade de controle sobre seus participantes e que o controle informal impede que se confie que os participantes interiorizem suas obrigações e cumpram voluntariamente seus compromissos sem algum incentivo.

Sabendo-se que questões ligadas ao controle e ao poder encontram-se no seio das organizações, deve-se considerar a importância da análise dessas temáticas para a compreensão das relações que se estabelecem dentro das mesmas, sejam estas na área da saúde ou não.

Na divisão do trabalho nas organizações, Morgan (1996) afirma que as relações de poder se estabelecem na diferenciação vertical. Contudo, não se pode desconsiderar que as relações de poder também acontecem no plano da diferenciação horizontal. Neste plano, os conflitos entre os grupos favorecem o recrudescimento das normas de controle, em grupos de desigualdades, dependência e aquiescência.

Morgan (1996) se refere a uma tipologia com base em quatro aspectos cruciais que representam as fontes de poder nas organizações:

1. O cargo ou a posição na estrutura da organização.
 2. Características pessoais determinantes, como o carisma.
 3. A especialização (fonte e base de poder, que os indivíduos trazem com ele para a organização por meio da formação profissional).
 4. Oportunidade ou combinação de fatores que oferece ao indivíduo oportunidades de utilizar suas bases de poder.
- (MORGAN, 1996, pag. 96)

Analisando o poder sob o olhar de Bourdieu (2000), a eficiência nas organizações deve envolver aspectos relacionados à visão das crenças, dos valores culturais, símbolos, mitos e normas, alargando o conceito de ambiente organizacional.

De acordo com Carvalho, Vieira e Lopes (1999), símbolos são palavras, gestos, imagens ou objetos dotados de um significado particular, comum aos indivíduos que compartilham uma mesma cultura, de modo que os elementos simbólicos possuem o poder de transformar o ambiente organizacional.

Sendo assim, as ações dos indivíduos podem ser explicadas por mitos, como o amor, o ciúme e a raiva enquanto, em nível organizacional, pode-se inferir que, de acordo com Carvalho, Vieira e Lopes (1999), as atividades dos profissionais no ambiente de trabalho podem ser explicadas pelos mitos dos profissionais da organização.

Neste sentido, o simbólico do médico, do enfermeiro ou de outro profissional da organização hospitalar, é um tipo de poder cuja eficácia se exerce no plano do sentido e do conhecimento, levando este profissional a um maior ou menor poder no campo do trabalho.

Bourdieu (2000) descreve o campo social como um ambiente de formas de poder distintas e desiguais, no qual os agentes se enfrentam em lutas com meios e fins distintos.

Segundo este autor, no interior deste espaço de correlações de forças as lutas e conflitos ocorrem de formas diferenciadas, conforme a posição relativa dos agentes na estrutura o que, por sua vez, está relacionado ao interesse destes atores em conservar ou transformar sua posição no campo. O que orienta as estratégias dos agentes é a sua posição no interior do campo, sendo que as ações são realizadas no sentido de um investimento em determinado tipo de capital, procurando sempre acumulá-lo o mais rapidamente possível.

Para Misoczky e Vieira (2001), valores particulares com princípios de regulação próprios são desenvolvidos em cada campo, delimitando um espaço socialmente estruturado, onde os agentes lutam para mudar ou preservar seus limites e formas.

Morgan (1996) acredita que o poder é um caminho para o poder e, com frequência, é possível usá-lo para adquirir mais poder. Usado de forma judiciosa, o poder toma forma de um investimento, podendo ser útil em dias tempestuosos. Morgan (1996) afirma que o poder também tem um aspecto estimulante, levando ao sucesso uma pessoa que vivenciou o progresso. Dessa forma, um sentimento de poder pode levar realmente a mais poder. A conquista de uma vitória estimula a busca de outras vitórias para obter poder.

Para Enriquez (2007) tanto nos níveis hierárquicos quanto em níveis individuais, pode-se utilizar o poder na manutenção de relacionamentos.

Na divisão de trabalho, de acordo com Enriquez (2006), o poder se distribui na organização por meio de lutas manifestas ou veladas, deixando-se antever os ganhos, sem nenhuma garantia de poder formal.

Este autor resumiu proposições gerais que caracterizam a natureza do poder, esclarecendo que estas não exprimem a totalidade do fenômeno nem estão ordenadas logicamente.

1. O poder é aprendido numa organização em que os papéis de cada um são definidos. Ele é sempre aprendido numa relação temática (pai, mãe, filhos – empresa, outras empresas, consumidores).
2. A relação estabelecida é assimétrica. O poder é recusa. Ele é sanção em potencial. Ele define o que deve ser realizado.
3. Suas manifestações podem se dar: através da força, da regra ou ainda pela dádiva (dádiva econômica ou amorosa).
4. Ele não pode existir sem consentimento.
5. O poder sempre busca sua legitimidade. Ele é obrigação de fazer ou não.
6. Na experiência primitiva o poder é sagrado: objeto de medo e de veneração. Ele provoca respeito e amor.
7. A aliciação do poder tende não propriamente a fazer desaparecer o sagrado, mas a criar sagrados domesticados, a eficácia do grupo, que seria absoluto e inquestionável.

8. O poder cria um mundo ordenado, imóvel, com vistas à plenitude [...] Ele é a manifestação da pulsão de morte, da compulsão à repetição.
9. O poder se caracteriza pelo rapto. Rapto dos homens, da riqueza, ele é eminentemente destrutivo. Rapto da natureza, visa à criação de riquezas.
10. Por sua vez, a posse das riquezas visa à destruição dos homens (exploração), dos bens criados (desperdício) e, por meio dessa atividade, à alienação (ou o consumo) dos indivíduos.
11. O poder é totalitário. Ele tende a se exercer sobre a totalidade das atividades do indivíduo. Ele se pretende ilimitado, mas encontra a si mesmo suas próprias fronteiras. Sempre tem necessidade de ser reconhecido.
12. O poder é feito para ser transgredido. Caso seja negado, ele continua e se confirma. A verdadeira transgressão tende a criar uma nova ordem.
13. O poder tende a durar. Esconde-se sob máscaras diversas e cada vez mais sutis, para não ser contestado (por exemplo, autoridade, manipulação).
14. Todo indivíduo deseja o poder e luta para que seu poder sobre os outros seja reconhecido. Mas essa luta é perigosa. Pode terminar por uma derrota. É criadora de ansiedade.
15. Existem três tipos de resposta para a ansiedade:
 - A manifestação de desejos de fraternidade que elimina a luta;
 - O mascaramento da luta, através da sua justificação.
 - A limitação racional do poder (pela atribuição de tarefas, pela localização da autoridade). (ENRIQUEZ, 2007, p.55).

ENRIQUEZ (2007, p.22) destaca ainda novas vertentes, cuja temática é mais freqüentemente citada:

1. A posse dos meios de sanção e a possibilidade de aplicá-los.
2. A competência humana do chefe.
3. A legitimidade.
4. A identificação
5. O amor-fusão.
6. A competência técnica.
7. A estrutura das relações e a posse de meios de controle.
8. A adesão racional ao trabalho efetuado.
9. A posse das riquezas.

Ao realizar estudos sobre poder, o autor obteve elementos concretos que possibilitaram confrontar realidades constatadas empiricamente,

considerando que “foram estabelecidos para cada uma das fontes de poder os elementos que caracterizam, de maneira essencial, as diversas formas de manifestação do poder”. (ENRIQUEZ, 2007, p.52).

Sobre as organizações de saúde, Campos (1997) afirma que não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle dentro dessas instituições.

Ainda sobre organizações de saúde, pode-se perceber a presença e a valorização dos símbolos servindo como justificativa para os rituais, como o da promoção de enfermeiros a cargos de gerência. Neste ambiente, a noção de violência simbólica (Bourdieu, 2000), enquanto representação da força de coação social e dos determinismos impostos às pessoas é, às vezes, considerada como “normal”, embora resultante de idéias sociais dominantes e alicerces para o exercício do poder.

O simbolismo presente na noção de campo permite a legitimação de uma ordem social pelo simples fato de obedecer a uma lógica própria. Esta lógica própria é, para Bourdieu (2000), denominada “habitus”

O habitus científico é uma regra feita pelo homem, ou melhor, um modus operante, científico que funciona em estado prático, segundo as normas da ciência sem ter estas normas na sua origem: é esta espécie de sentido do jogo científico que faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia que fazer, e menos ainda, a regra que permite gerar a conduta adequada. (BOURDIEU, 2000, p.23).

Para o autor esta é uma forma de manter a força e a ordem social no ambiente, permitindo a criação de uma infinidade de práticas adaptadas às situações concretas. Para ele, os sistemas simbólicos atuam como

[...] instrumentos de conhecimento e de comunicação, só podem exercer o poder estruturante porque são estruturados. O poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a esclarecer uma ordem cronológica, o sentido imediato do mundo (e, em particular do mundo social) supõe aquilo a que Durkheim chama o

conformismo lógico, quer dizer, uma concepção homogênea do tempo, do espaço, do número, da causa, que torna possível a concordância entre as inteligências. (BOURDIEU, 2000, p.9).

Ainda para Bourdieu (2000), os mitos, valores e crenças institucionalizados no campo da saúde foram identificados de acordo com a posição dos atores no campo, sendo ressaltado o valor da saúde como prevalente. O poder entre os pares - considerando o sistema de profissões semelhante a um campo de força simbólico - legitima uma relação de domínio por parte de uma determinada profissão, em um contexto e momento histórico.

Tratando-se de estudos de poder em instituições hospitalares, vários autores discorrem sobre o sistema de autoridade no seio destas organizações.

Carapinheiro (1993) elabora uma análise da organização cotidiana do hospital, referindo-se à emergência de uma linha de autoridade, com origem no poder carismático que os médicos detêm devido a seu conhecimento, capaz de curar doenças e de salvar vidas, além da competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital. Naturalmente, essa posição dos médicos nas relações de poder não se deve somente ao fato de ser detentores de um conhecimento, aliado ao fato de que curar e salvar vidas possui um forte apelo simbólico, mas também por uma construção cultural.

Dentro da perspectiva deste autor, dois princípios de autoridade constituem a base para a ocorrência de conflitos e a disputa de poder. De um lado, a necessidade da administração hospitalar deter o controle a fim de imprimir racionalidade ao funcionamento do hospital; de outro, os médicos que são ciosos da auto-regulação profissional e da autonomia individual de cada um deles. Desta maneira, há a disputa entre a adoção de regras de natureza burocrática ou de natureza mais profissional.

Levando ainda em consideração a temática do poder no âmbito hospitalar, para Cecílio (1999) alguns aspectos da analítica do poder de Foucault poderiam ser destacados nessa aproximação ao tema do poder no hospital:

- a) os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos no hospital;
- b) a natureza do poder médico é um poder-saber. A indeterminação é uma característica do saber médico, que o protege da rotinização e desqualificação;
- c) é a indeterminação que separa o saber médico dos saberes periféricos e dos saberes profanos e é, simultaneamente, a cláusula que assegura a não ingerência de quaisquer formas de regulação externas à profissão;
- d) o poder médico no hospital se localiza no serviço, e este se constitui no domínio específico do desenvolvimento das relações de poder no hospital, cujo instrumento é a disciplina médica, entendida como saber e como controle social;
- e) são as formas de funcionamento e circulação do saber médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem como um saber periférico, e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um sub-poder, ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico, e não concedendo ao doente qualquer forma de poder oficialmente reconhecida;
- f) o pessoal de enfermagem pode ser considerado uma plataforma de mediação privilegiada entre os doentes e o poder médico. (CECÍLIO, 1999, p.10).

Ainda na linha da temática do poder nas organizações de saúde, Lima e Bastos (2008, pág.283) afirmam que:

Alguns padrões de conflitos são inerentes às organizações de saúde, uma vez que expressam poder e prestígio “são espaços sociais por natureza conflituosa” e que nas instituições hospitalares, a heterogeneidade das categorias profissionais, aliada à distribuição do poder, típica de organizações especializadas, tornam mais complexo o serviço de coordenação. (LIMA, BASTOS, 2008, p 283).

No que tange ao gerenciamento das organizações de saúde, Lima e Bastos (2008) ainda se referem à comunicação e à negociação como

instrumentos decisivos na gestão hospitalar, sendo necessária ao gestor à manutenção de uma posição centrada diante dos contextos organizacionais.

Os mesmos autores se referem ainda à idéia sobre as organizações de saúde.

Constrói-se uma idéia sobre as organizações de saúde visualizando-as como uma malha intrincada e variável de uma ampla gama de serviços e de categorias profissionais, vinculados a processo em permanente diversificação. Nesta malha deverão estar presentes o corporativismo, os mecanismos coletivos de definição de responsabilidades e de avaliação de resultados e o caráter interativo do trabalho. Estes elementos contribuem para a compreensão da administração contemporânea como um lugar onde estão colocados os interesses individuais e grupais, em que se disputam hegemonias. (LIMA; BASTOS, 2008, p 284).

Sobre o poder nas organizações de saúde, Lima e Bastos (2008) discorrem sobre os núcleos profissionais nelas presentes e suas relações no ambiente de trabalho.

O poder nas organizações de saúde é compartilhado pelos vários núcleos profissionais, que reforçam a necessidade de aprimoramento da comunicação e da capacidade de negociação dos gerentes. Quando a negociação é cooperativa e os interesses são distintos, mas o objetivo é comum, acarretam aos profissionais uma disputa positiva de poder. Quando os interesses são opostos, em geral a negociação é conflitiva e o resultado nulo. E por fim, quando a negociação é do tipo misto, é baseada em interesses combinados, produzindo resultados mesclados. (LIMA, BASTOS, 2008, p 284).

Na análise das relações de poder vivenciadas por enfermeiros de clínicas oncológicas, pretende-se adotar a perspectiva de Bourdieu e Foucault (2004), quando este trata do poder rompendo com a compreensão sobre o conceito. Desta maneira, o poder passa a ser analisado como uma relação de forças e não como algo que um indivíduo cede a um soberano. Sendo tratado como uma relação, o poder encontra-se em todas as partes e as pessoas se tornam dele dependentes no estabelecimento de suas relações. Sendo assim, o poder produz verdades e práticas.

Faz-se necessário o aprofundamento do estudo das relações de poder nas organizações de saúde, de acordo com a visão de poder estabelecida por Foucault e Bourdieu, com o objetivo de melhor compreender as realidades destas organizações.

2.3 As relações de poder vivenciadas por enfermeiros

As relações de poder vivenciadas por enfermeiros em organizações hospitalares devem ser analisadas levando em consideração a posição hierárquica deste profissional dentro da equipe multidisciplinar de saúde.

Relevantes trabalhos como os de Silva (1984), Almeida (1984) e Nakamae (1987) discorrem sobre a divisão de trabalho no ambiente hospitalar na medida em que este decorre do fator social e não do técnico. Isto significa dizer que os trabalhadores, não detendo o saber, são considerados trabalhadores manuais, sujeitos à relação de subordinação político-ideológica daqueles que detêm o saber.

Segundo Filizola (1997), dentro da própria enfermagem ocorre relação de dominação/subordinação entre os enfermeiros (que detêm o saber) e os outros componentes da equipe de enfermagem (os que não sabem ou supõem-se não saberem).

Ainda de acordo com Filizola (1997), se considerado o contexto institucional e o modelo de tratamento vigente nessas instituições, não se pode deixar de analisar a relação da enfermagem com o paciente, levando-se em conta que o cuidado de enfermagem tem, como um de seus objetivos, a finalidade de vigilância do paciente, mantendo sobre este uma relação autoritária que visa a reproduzir a instituição.

Sendo assim pode-se inferir, de acordo com Silva (1984), Almeida (1984), Nakamae (1987) e Filizola (1997), e conforme legislações pertinentes, que o enfermeiro vivencia quatro posições hierárquicas distintas no ambiente hospitalar, tratando-se de instituição de saúde:

- a) Relação de subordinação hierárquica em relação ao proprietário da instituição;
- b) Relação de igualdade hierárquica em relação aos seus pares, sendo estes os outros profissionais graduados como médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, dentre outros;
- c) Relação de superioridade hierárquica em relação aos profissionais da equipe de enfermagem, sendo estes auxiliares e técnicos em enfermagem;
- d) Relação de superioridade hierárquica em relação ao paciente.

Estas relações, semelhante ao que ocorre em organizações de outros setores, são estabelecidas em um ambiente de disputas por poder e hegemonia na instituição e na sociedade.

De acordo com Souza e Lisboa (2002), as relações intersubjetivas com as diversas áreas acadêmicas no ambiente hospitalar são difíceis, pois existe o aspecto da valorização profissional que todos buscam e a necessidade de conquistar a hegemonia no ambiente de trabalho.

Ainda de acordo com Souza e Lisboa (2002), contradizendo o que se esperava acerca da relação hierárquica do enfermeiro com seus pares no contexto hospitalar, a figura do médico assume papel de destaque, pois é ele quem domina todo o processo laboral hospitalar, tornando incipiente a autonomia dos enfermeiros.

No trabalho hospitalar, segundo Haddad (1998), o enfermeiro exerce atividades que requerem atenção constante, solucionando as intercorrências no contexto assistencial ou administrativo, em constante estado de alerta para desempenhar atividades altamente estressantes por serem exercidas diante de situações críticas envolvendo seres humanos.

As relações de poder estabelecidas nos hospitais levam o profissional enfermeiro a sensações de pressão no ambiente de trabalho. Segundo Appelbaum (1981), as pressões sofridas pelos enfermeiros são consequência da organização piramidal das instituições hospitalares, local onde existem mais conflitos comportamentais do que técnicos. Os conflitos na administração do pessoal da equipe de enfermagem e na manutenção das relações com a equipe multidisciplinar estão presentes no cotidiano do enfermeiro na organização de saúde.

Sendo a enfermagem uma área relacionada diretamente com a tomada de decisões em níveis hierárquicos, Pitta (1991) alerta que em algumas instituições o poder do profissional enfermeiro é conseguido e defendido, enquanto em outras sobressaem interesses diversos como o lucro e a mercantilização da medicina.

Diante dos fatos, torna-se necessário o estudo das relações de poder vivenciadas por enfermeiros nos hospitais no sentido de desvelar o poder destes profissionais nessas organizações.

3. PROFISSÃO DO ENFERMEIRO E O CONTEXTO HOSPITALAR

No contexto da sociedade contemporânea, a enfermagem é uma prática social que responde às exigências definidas por organizações econômicas, políticas, sociais e ideológicas.

Analisar a enfermagem como profissão remete à reflexão da construção dos saberes de enfermagem, historicamente determinados pelas necessidades do campo da saúde, a fim de avançar na discussão sobre a atuação do enfermeiro, bem como do seu reconhecimento profissional. .

Atuando em um contexto de prevalência do modelo biomédico de atenção à saúde, onde o foco principal na promoção da saúde é o curar, o trabalho da enfermagem acaba ganhando uma conotação de complementação ao trabalho médico.

Na atualidade, os saberes adquiridos pelos enfermeiros, tanto em nível técnico quanto teórico, tendem a transformar a realidade acerca do reconhecimento social e profissional dos mesmos.

3.1 Aspectos da gênese da profissão do enfermeiro

Remontando à história da enfermagem, temos o início das atividades assistenciais do enfermeiro no período medieval com o cuidado de doentes prestado por familiares, principalmente mulheres, ou por religiosas pertencentes a alguma ordem.

Na Idade Média, de acordo com Florentino (2006), não havia a idéia de cura, mas de salvação da alma. Nesta concepção, foram formados os pilares

da enfermagem como profissão: fundada no cuidado e pautada no espírito de abnegação das mulheres, identificadas com humildade e submissão.

Sendo assim a enfermagem, desde seus primórdios, revelou-se como uma ocupação feminina, devido à sua associação com atividades domésticas e religiosas, sendo considerada uma ocupação de menor valor social, assim como a mulher o era.

No século XIX, a partir da guerra da Criméia, com a demanda de melhorar a organização dos hospitais, foi fundada a primeira escola de enfermagem na Inglaterra, em 1860, por Florence Nightingale. Uma nova concepção começa a se formar acerca da saúde e da enfermagem. A doença passa a ser vista como fator indesejável e elemento perturbador da ordem.

Os pilares da enfermagem concederam a esta profissão uma identidade associada à caridade, predominantemente executada por pessoas do sexo feminino - enfermeiras - que cuidavam do doente e da limpeza do ambiente hospitalar.

Melo (1986) e Pires (1989) citam as conseqüências da representação da enfermagem como uma profissão predominantemente feminina. Para as autoras a dominação médico-enfermeira, desde seus primórdios, é o resultado de duas relações de poder: a relação homem-mulher e a relação da propriedade exclusiva dos saberes dos médicos, que concedeu a eles o poder e o controle da instituição hospitalar.

Sendo assim, ainda de acordo com estas autoras, o preparo acadêmico da enfermeira orientada pelo modelo da Escola Nightingale criou profissionais acríticas, obedientes e disciplinadas.

Os valores legitimados pela sociedade como característicos da enfermagem estabeleceram como identidade o alívio da dor, a dedicação, a humildade e a submissão.

De acordo com Barba, Fonseca e Martos (1999) no percurso histórico da enfermagem a apropriação do saber prático pelas enfermeiras, além de atribuir a estas as funções manuais - de assistência - não proporcionou poder de decisão no ambiente de trabalho, mas a subordinação e a desvalorização do seu trabalho.

Apenas no final do século XIX a enfermeira moderna tem uma nova visão do corpo humano como objeto do cuidado e se estabelece profissionalmente, com base na disciplina hierárquica e na organização.

Com a fundação do curso superior da escola Ana Néri no Brasil, em 1921, teve início à enfermagem moderna brasileira. Ainda neste período, os médicos professores ensinavam o que as futuras enfermeiras deveriam desenvolver no exercício profissional. De acordo com Florentino (2006), a relação estabelecida entre estes dois profissionais era de subordinação da enfermeira ao médico, na perspectiva do modelo biologicista.

Florentino (2006) afirma em seus estudos que a enfermeira moderna, no século XX, passa a adotar uma postura de liderança, executando uma prática pautada no saber científico. O trabalho não intelectual é delegado aos componentes da equipe de enfermagem com formação técnica: auxiliares e técnicos de enfermagem, subordinados hierarquicamente à enfermeira.

Atualmente, novas visões de mundo norteiam a sociedade, exigindo adaptação das profissões da área de saúde, dentre elas a enfermagem, e um ajustamento do papel de cada profissional dentro da equipe multidisciplinar.

3.2 Caracterizando o setor hospitalar

Segundo Cherubin e Santos (1997), o hospital pode ser conceituado como “o estabelecimento destinado à prestação de serviços integrados de saúde em regime de internação e de atendimento externo”.

- a) Atualmente, no Brasil, os principais tipos de hospitais e suas respectivas características de acordo com a Portaria GM 2.224 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) são os seguintes:
- b) hospital geral: tem condições de prestar assistência, em regime de internação, a várias especialidades de clínica médica e cirúrgica; podendo limitar sua ação a um grupo etário (hospital infantil), a um determinado grupo da comunidade (militar) ou a uma finalidade específica (hospital de ensino);
- c) hospital especializado: tem condições de prestar assistência, em regime de internação, a pacientes portadores predominantemente de uma determinada doença;
- d) hospital particular ou privado: pertence a uma pessoa jurídica de direito privado
- e) hospital não-lucrativo: de propriedade de uma instituição particular e que não visa lucro, não remunera a diretoria e não distribui lucros ou dividendos. Esse hospital aplica integralmente seus recursos no país e na manutenção, desenvolvimento e melhoria dos seus objetivos sociais;
- f) hospital filantrópico: é particular e pertence a uma entidade não-lucrativa. Reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual ou Municipal, com certificado de fins filantrópicos. Não remunera a diretoria e não distribui lucros ou dividendos.

De acordo com a Portaria GM 2.224 de 5 de dezembro de 2002, a classificação dos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde será aplicada a estes de acordo com suas características, em um dos seguintes Portes:

- a) hospital de Porte I;
- b) hospital de Porte II;
- c) hospital de Porte III;
- d) hospital de porte IV.

Determina-se que o enquadramento de cada hospital em um dos Portes estabelecidos nesta Portaria se dará respeitando o intervalo de pontos atribuídos para cada Porte, considerando o somatório da pontuação alcançada como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela seguinte Tabela de Pontuação:

TABELA 2 – Enquadramento de Hospitais nos portes I, II, III e IV.

Pontos por itens	A Numero de leitos	B Leitos de UTI	C Tipo de UTI	D Alta complexidade	E Urgência Emergência	F Gestação alto risco	G Salas cirúrgicas	Pontos totais
1 ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto atendimento	-----	Ate 02	Mínimo 1
2 pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de urgência e emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referencia Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	
4 pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referencia Nível III	-----	Acima de 08	Maximo 27

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2002).

O total de pontos obtidos, resultante da aplicação da Tabela de Pontuação, levando em consideração o número de leitos, leitos de UTI, tipo de UTI, serviço de alta complexidade, serviço de urgência e emergência, atendimento à gestação de alto risco, e número de salas de cirurgia, e a relação destes com a pontuação determinada para cada item (na primeira

coluna da tabela), levará ao enquadramento dos hospitais em seu correspondente Porte em conformidade com o que se segue:

- a) Porte I – de 01 a 05 pontos;
- b) Porte II – de 06 a 12 pontos;
- c) Porte III – de 13 a 19 pontos;
- d) Porte IV – de 15 a 27 pontos.

Em relação ao número de leitos, verifica-se que, no Estado de Minas Gerais, 84,7% do total de leitos para assistência à saúde encontram-se nos hospitais contratados (privados). Tal situação mostra a importância da rede privada hospitalar na atenção à saúde dos brasileiros, reforçando a necessidade de realização de estudos nesta área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Seguindo a classificação dos hospitais por porte, de acordo com o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, 51,80% dos hospitais privados de Belo Horizonte são de porte II e III, 40,70% de porte I e apenas 7,40% enquadram-se na classificação de porte IV.

Atualmente, a Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte conta com 139 Unidades básicas, 14 portas de Urgência do SUS, incluindo 7 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 6 Postos de Atendimento Médico (PAMs) e mais de 40 hospitais conveniados. Conta, ainda, com 8 unidades de serviço de atenção domiciliar (PADs) e 10 Residências Terapêuticas de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2006), o município possuía, no cadastro do Sistema de Internação Hospitalar (SIH), leitos que resultavam numa cobertura de 4,3 leitos por 1000 habitantes. Quanto às internações, a taxa em 2004 chegou a 5,7 internações por 100 habitantes em

Belo Horizonte, dados que confirmam a carência de leitos no Sistema Único de Saúde nesse município.

De acordo com a Portaria 115 de 19 de maio de 2003, do Ministério da Saúde (2003), Clínicas Especializadas são as instituições de saúde que dispõem de 05 a 19 leitos instalados e realizam atendimento especializado. Enquadram-se, para fins de Classificação Hospitalar, no Porte I.

As Clínicas de Oncologia são consideradas clínicas especializadas, enquadradas no porte I na Classificação Hospitalar do Ministério da saúde.

Em Belo Horizonte, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 11 serviços especializados em oncologia, como se pode verificar na tabela abaixo.

TABELA 1 – Relação dos Serviços especializados em oncologia em Belo Horizonte

CNES	Estabelecimento	CNPJ
3824152	Clínica Cenatron	00355436000101
2695324	Hospital da Baleia	17200429000125
0027049	Hospital das Clínicas da UFMG	17217985003472
0026859	Hospital Felício Rocho	17214149000176
3314014	Hospital Lifecenter	04123021000155
2200457	Hospital Luxemburgo	17513235000260
2695359	Hospital Mário Penna	17513235000694
3543811	Núcleo de Hematologia e Transplante de Medula de MG	02623693000102
3557146	Oncocentro de Minas Gerais	25455510000184
0027014	Santa Casa de Belo Horizonte	17209891000193
0026824	Socor	17312612000112

FONTE: Ministério da Saúde, 2008.

3.3 Atividades cotidianas do enfermeiro

Estudos sobre as atividades cotidianas do enfermeiro-gerente abrangem situações de tensões e conflitos, além do tocante à sobrecarga do trabalho da gestão, tratando-se de instituição hospitalar de pequeno porte.

O estudo realizado por Lautert (1997) em instituições hospitalares aponta a correlação entre trabalho e estresse decorrente da sobrecarga de tarefas, de atividades repetitivas e monótonas e do grande volume de atividades burocráticas existentes, levando o profissional enfermeiro à falta de controle das atividades realizadas, perda de energia, fadiga e esgotamento.

Estruturas organizacionais reduzidas, presentes no cotidiano profissional, levam o enfermeiro a um processo de adaptação e reestruturação de suas atividades diárias, levando-o a uma sobrecarga de trabalho para se adequar às demandas do mercado.

As instituições hospitalares de pequeno porte, dentre aquelas classificadas pelo Ministério da Saúde como instituições com até 50 leitos, sofreram sensivelmente com as mudanças de estrutura organizacional e com os movimentos de racionalização e flexibilização, levando o enfermeiro à intensificação do trabalho, devendo assumir tarefas gerenciais e assistenciais concomitantemente.

A vivência profissional em instituição hospitalar de pequeno porte possibilitou o contato com a realidade das múltiplas atividades do profissional enfermeiro, tanto de cunho administrativo quanto de cunho assistencial. Muitas vezes o enfermeiro, além das atividades assistenciais e gerenciais da própria competência da equipe de enfermagem, vê-se em situação de assumir atividades também relacionadas à gestão organizacional, como a gestão dos recursos físicos e materiais da instituição.

Segundo Mads (1998), o enfermeiro coordena atividades de outros trabalhadores envolvidos no cuidado direto ao paciente articulando, supervisionando e controlando as ações destes trabalhadores, seja da equipe de enfermagem ou de outras áreas de atuação. Dessa forma, o papel gerencial do enfermeiro se torna indispensável para o desenvolvimento do trabalho de toda a equipe multidisciplinar.

Cecílio e Merthy (2003) descrevem a necessidade da coordenação do trabalho das equipes pelo enfermeiro para o sucesso das organizações, sendo o mesmo responsável por uma série de atividades que resultam no trabalho final da assistência ao paciente.

Considerando-se a enfermagem como uma profissão majoritariamente feminina, com importante papel na vida da organização hospitalar, e a relativamente recente valorização das características femininas, questiona-se: como tem ocorrido a participação de enfermeiros em clínicas de tratamento oncológico e quais são as principais características das atividades gerenciais do enfermeiro neste tipo de organização? Como se dão as relações de poder entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem e entre o enfermeiro e seus pares neste contexto, sob o olhar do profissional enfermeiro?

3.4 Terapêutica do câncer e enfermagem

No contexto hospitalar, o enfermeiro se vê envolvido em atividades gerenciais e assistenciais de setores distintos, de acordo com a área de sua atuação profissional.

Diante da diversidade de especialidades em que a assistência à saúde se ramifica, cabe ao enfermeiro adequar-se e qualificar-se para oferecer ao paciente um atendimento adequado às expectativas deste em relação à promoção ou recuperação de saúde. De acordo com a Resolução COFEN

260/2001, as Especialidades de Enfermagem, de competência do enfermeiro, são: Obstetrícia, Trabalho, Hemodinâmica, Educação Continuada, Dermatologia, Traumato-ortopedia, Unidade de Esterilização, Psiquiatria, Saúde Mental, Cardiovascular, Endoscopia, Home-Care, Oftalmologia, Oncologia, Centro-Cirúrgico, Estomaterapia, Nefrologia, Auditoria, Unidade de Tratamento Intensivo, Gerenciamento, Nutrição Parenteral, Terapias Naturais, Neonatologia, Pediatria, Ginecologia, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Gerontologia e Geriatria, Endocrinologia, Medicina Aeroespacial, Informática, Diagnóstico por Imagem, Emergência, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Atendimento Pré-hospitalar e Infecção Hospitalar.

Dentre as diversas especialidades na área de saúde, encontra-se a Oncologia clínica, responsável pela prevenção de patologias associadas ao câncer e tratamento de pacientes portadores de tumores malignos.

O câncer, de acordo com Silva, Fonseca e Rodrigues (2005), é uma doença caracterizada pelo crescimento ou reprodução desordenada de células com caráter maligno, que podem se disseminar pelo organismo, o que as tornam muito agressivas e até mesmo incontroláveis. Quando estas se agrupam em determinado ponto do corpo, se formam os tumores.

A terapêutica do câncer é composta, basicamente, por três modalidades: cirurgia, radioterapia e tratamento medicamentoso incluindo, neste último tipo, as drogas citostáticas comumente denominadas de quimioterapia antineoplásica (Ramos, 1984).

A quimioterapia é um importante recurso oncológico uma vez que a maioria das doenças malignas é sensível a ela.

Segundo Murad e Katz (1996), para o tratamento quimioterápico do câncer é possível utilizar-se quatro tipos de terapêuticas. A quimioterapia neoadjuvante, geralmente utilizada anteriormente a um procedimento cirúrgico para retirada do tumor, diminui a área tumoral para uma cirurgia menos

invasiva e uma radioterapia mais eficiente. A quimioterapia adjuvante utilizada, geralmente, após a retirada cirúrgica ou depois da radioterapia - impede a formação de micrometástases provenientes de tumores primários. A quimioterapia curativa é considerada seletiva, sendo utilizada somente em alguns tipos de tumores, com o objetivo de cura do câncer. A quimioterapia paliativa possui o objetivo de aumentar a sobrevida do paciente e/ou sua qualidade de vida.

Os agentes antineoplásicos, de acordo com Murad e Katz (1996), podem ser classificados de acordo com a fase do ciclo celular em que atuam. Porém essa classificação não é absoluta, pois alguns agentes atuam em mais de uma fase do ciclo celular, ou utilizam múltiplos mecanismos de ação. Os agentes antineoplásicos são classificados em: agentes de ciclo celular específico, que atuam diretamente sobre uma fase do ciclo celular, e agentes de ciclo celular não específico, que apresentam ação independente de fase do ciclo celular. Há ainda os agentes antineoplásicos não classificados por terem mais de um mecanismo de ação, um ciclo dependente e outro não, ou ainda não possuírem o mecanismo de ação completamente elucidado.

De acordo com Ramos (1984), pela complexidade do câncer o tratamento deve ser abrangente, merecendo atenção não só as necessidades físicas como as psicológicas e sociais, incluindo no tratamento a personalização da assistência, a promoção de cuidados atraumáticos e o direito à informação. Sob esta perspectiva, faz-se necessária uma prática de enfermagem pautada nos preceitos do cuidado integral ao paciente oncológico.

Assim, disponibilizar informações sobre o câncer e fornecer suporte social são atitudes que poderão também promover a auto-estima dos pacientes, ajudando-os a enfrentar a doença e a buscar uma melhor qualidade de vida.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008), implementar medidas de prevenção e proteção, diagnosticar a doença precocemente, instituir tratamento adequado com o menor risco de seqüelas, criarem condições dignas para o paciente em fase terminal, bem como oferecer meios de reabilitação física, psíquica e social são metas essenciais da assistência de enfermagem em oncologia.

De acordo com a União Internacional Contra o Câncer (1997), várias são as modalidades de tratamento e, dentre elas, a quimioterapia é a mais freqüente - associada ou não à radioterapia, cirurgia, imunoterapia e hormonioterapia. O protocolo de tratamento é instituído de acordo com o tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão da doença, idade e condições gerais do paciente. Em alguns casos, utiliza-se uma modalidade terapêutica isoladamente e, em outros é necessária uma combinação de duas ou até três modalidades.

A quimioterapia começou a ser aplicada por volta de 1865, por Lisauer, sendo mantida como método empírico até 1964, quando bases mais científicas, resultados curativos mais consistentes e diminuição dos efeitos tóxicos tornaram-na uma terapêutica tão importante quanto à cirurgia e a radioterapia (RAMOS, 1984).

Quimioterapia é definida como o emprego de substâncias químicas, isoladas ou combinadas, aplicadas com o objetivo de tratar as neoplasias malignas - as quais atuam em nível celular -, interferindo no seu processo de crescimento e divisão. Como as substâncias quimioterápicas não possuem especificidade, destroem indistintamente células neoplásicas e normais (UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER, 1997).

Os efeitos colaterais podem surgir de acordo com a droga e a dose usada. No entanto, os mais freqüentes são: apatia, perda do apetite, perda do peso, alopecia (queda de cabelo), hematomas, sangramento nasal e bucal,

mucosite, náuseas, vômitos e diarreias. Outro efeito colateral da quimioterapia é a neutropenia, que aumenta significativamente os riscos de morbidade (relação entre o número de casos de enfermidades e o número de habitantes sãos, em dado lugar e momento) e mortalidade (quantidade de indivíduos falecidos em determinado espaço de tempo) por processos infecciosos (MUSCARILIN, TIERNEY E STADTMAUER, 1993).

Até pouco tempo, a hospitalização era a indicação mais comum para o tratamento de pacientes com câncer. Entretanto, de acordo com Falcão (1998), um grande enfoque vem sendo dado à "desospitalização", viabilizada por meio do tratamento ambulatorial, hospital-dia, assistência domiciliar e redes de apoio. Assim, o paciente oncológico passa a receber uma assistência de enfermagem mais independente da rede hospitalar; mas sempre contando com uma equipe que forneça uma terapêutica qualificada, capaz de suprir suas necessidades físicas e psicossociais.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Na construção do conhecimento, a pesquisa científica significa importante instrumento para tornar o processo coerente e consistente. Neste estudo adotou-se, para sustentação da pesquisa, a abordagem compreensiva na análise qualitativa.

A dissertação sobre as relações de poder envolvendo o enfermeiro, seus superiores, subordinados e pares, utiliza técnicas de pesquisa para a interpretação da realidade específica do ambiente em que se encontram os sujeitos envolvidos.

O desenvolvimento metodológico implicou na seleção dos sujeitos da pesquisa, na definição e elaboração dos instrumentos para coleta dos dados, considerando a adequada técnica da pesquisa de campo, as considerações finais e, posteriormente, o tratamento e análise de dados. Todo procedimento metodológico se pautou por escolhas que significassem a caminhada em direção aos resultados propostos.

Nesta construção da dissertação observou-se o diálogo entre autores cujos estudos se referem às relações de poder, de forma a apreender as manifestações do fenômeno investigado em outros contextos.

Foram analisadas outras pesquisas em virtude da possibilidade de conhecer e relacionar os saberes sobre a temática, para subsidiar a construção de conclusões envolvendo as relações de poder que permeiam as condições e a organização do trabalho do enfermeiro oncológico.

4.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa qualitativa foi a mais adequada para o levantamento da percepção dos enfermeiros. A pesquisa qualitativa não desconsidera a importância de trabalhos de cunho quantitativo, mas optou-se por utilizar a base empírica para demonstrar, conforme Demo (1999, p.36) que “qualidade e quantidade são, pois, pólos contrários – como quer a dialética – não extremos contraditórios, que apenas se excluem”.

De acordo com Minayo (1996), a pesquisa qualitativa em Saúde trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na seção sobre tratamento e análise dos dados são apresentadas as informações qualitativas obtidas nas entrevistas, em forma de extratos, para subsidiar a análise temática.

De acordo com Vergara (2004) a pesquisa científica em administração, quanto à sua finalidade, pode ser considerada explicativa tendo “como principal objeto tornar algo inteligível, justificar os motivos” (VERGARA, 2004, p.47), procurando estabelecer uma relação de causa e efeito entre as manifestações das relações de poder.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão das características de uma população especificada ou de um determinado fenômeno, podendo estabelecer correlações entre variáveis e vincular o fenômeno ao ambiente pesquisado.

Melo (2007) afirma que o enfrentamento da situação real reveste de grande diversidade as evidências reveladas na coleta de dados e encaminha a

análise de conteúdo dos relatos às determinantes da metodologia da análise temática.

4.2 Coleta de dados e instrumentos

A pesquisa de campo para a coleta de dados desenvolveu-se com a pretensão de demonstrar, a partir da complexidade das situações relatadas, a existência das manifestações das relações de poder entre os enfermeiros, seus superiores, subordinados e pares, no ambiente de clínicas de oncologia.

O levantamento de dados teve início com a identificação das clínicas de oncologia no município de Belo Horizonte, perfazendo um total de onze clínicas. O convite às clínicas de oncologia para participação da pesquisa se deu pela sua oferta de tratamento quimioterápico, excluindo-se as clínicas de tratamento exclusivo em radioterapia e também pelo atendimento do critério de acessibilidade, em face da disponibilidade dos enfermeiros para participação na pesquisa.

Os enfermeiros foram contatados e aderiram à pesquisa para fornecer informações sobre as relações de poder que permeiam seu cotidiano de trabalho. Antes de iniciarem as entrevistas, foi concedida autorização para realização dos trabalhos pelos comitês de ética e/ou pela diretoria das clínicas de oncologia. Além disto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento foi lido pelos enfermeiros entrevistados, prestando informações básicas sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

O instrumento de coleta utilizado foi o roteiro de entrevistas semi-estruturado, conforme Apêndice B, a partir do qual se obteve o relato das percepções dos enfermeiros entrevistados.

De acordo com Pinheiro (2000), a entrevista é uma prática discursiva por meio da qual é possível a construção de sentidos e de versões da realidade. Assim, as questões norteadoras tiveram o objetivo de compreender a percepção do enfermeiro-gerente sobre as relações de poder vivenciadas por ele no ambiente de trabalho.

O planejamento do roteiro direcionou as questões para o atendimento aos objetivos específicos a fim de identificar nos relatos a percepção sobre as manifestações das relações de poder no ambiente de trabalho dos enfermeiros. Durante as entrevistas privilegiou-se a liberdade para que os entrevistados respondessem as questões e emitissem, sob registro de gravador, as suas percepções, além de serem evidenciadas expressões da percepção dos enfermeiros e seus sentimentos sobre as relações de poder em seu cotidiano.

4.3 Universo e sujeitos da pesquisa

O universo da pesquisa correspondeu aos enfermeiros gerentes das onze clínicas de oncologia de Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa se restringiram ao grupo de nove participantes que trabalhavam em clínicas de tratamento oncológico e que manifestaram, por meio de suas percepções, seus conhecimentos, seus sentimentos e suas vivências sobre as relações de poder no ambiente de trabalho. No processo de pesquisa de campo, houve recusa de enfermeiros de duas clínicas oncológicas para participação das entrevistas.

Nas clínicas oncológicas a equipe de enfermagem possui qualificação especializada para o atendimento ao paciente portador de câncer sendo que, em geral, a gerência destes estabelecimentos conta com um enfermeiro-gerente, que centraliza as atividades a partir da sua jornada de trabalho e competência gerencial.

Os critérios para a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa foram determinados anteriormente, seguindo as seguintes orientações:

- a) Ser graduado em enfermagem,
- b) Trabalhar em clínica de oncologia de tratamento quimioterápico no momento da pesquisa,
- c) Possuir função de gerência na instituição, assumindo a responsabilidade pela equipe de enfermagem.

Dentro deste contexto pretendeu-se coletar os relatos sobre as manifestações das relações de poder entre enfermeiros, superiores, subordinados e pares, sob a perspectiva do enfermeiro, com o objetivo de contribuir com o tema que constitui objeto de estudo neste trabalho.

A seleção não probabilística do grupo de nove participantes foi feita com o auxílio dos próprios pares, sendo realizada pelo enfermeiro a indicação de um colega, membro de outra clínica de oncologia, para a próxima entrevista.

Freitas et al. (2000, p.109) esclarece que “em pesquisa com grupos específicos”, dentre vários tipos de abordagem não probabilística, pode-se utilizar a indicação, conforme descrito por Flanagan (1954), por “bola de neve”, onde os participantes indicam os próximos e assim sucessivamente (FREITAS et al., 2000).

A sistemática de indicação adotada permitiu que o enfermeiro Entrevistado 1 (E1), que fazia parte do relacionamento profissional da pesquisadora e aceitou participar da pesquisa, prestasse auxílio à colega, emprestando também a sua rede de relacionamentos em “bola de neve”, indicando o Entrevistado 2 (E2), e assim, sucessivamente.

Em pouco tempo as nove entrevistas estavam agendadas, recebendo todas elas o título de “Entrevistado número...”, conforme a ordem da indicação

e a efetiva aceitação em participar do projeto. Conforme consta do Termo de Esclarecimento rubricado por todos eles, os nomes dos sujeitos estão resguardados pelo sigilo. Ao todo, nove enfermeiros participaram da pesquisa. A pesquisa foi encerrada quando todos os enfermeiros gerentes das clínicas de oncologia foram entrevistados, excluindo-se a participação de enfermeiros gerentes de duas clínicas de oncologia que se recusaram a participar da pesquisa.

4.4 Tratamento e análise dos dados

Nesta etapa foram analisados os dados coletados, permitindo a elaboração do trabalho e sua conclusão.

Segundo Melo et al. (2007, p. 70), “o tratamento dos dados está fortemente vinculado à sua análise [...] e contempla três fases” conforme desenvolvido por Melo (1991): “preparação, tabulação quantitativa e análise ou categorização temática”.

De acordo com Pinheiro (2000), na análise dos dados é preciso haver uma apreensão global das entrevistas para assim se identificar temas nas falas dos participantes, de forma que tais temas possibilitem uma primeira organização das mesmas.

De acordo com Melo, Alves e Brito (2005), o processo de análise dos dados coletados deve passar pelas seguintes fases de tratamento:

- a) preparação: as entrevistas foram transcritas segundo o roteiro de perguntas, agrupando-se todas as respostas de cada categoria para cada questão tratada. Ressalta-se que os relatos serão

preservados em sua íntegra a fim de que não se percam detalhes que possam ser relevantes para a análise;

- b) Tabulação qualitativa e temática: consistiu na definição de temas, segundo os objetivos do projeto, que serão estruturados em uma planilha que permitirá o agrupamento dos extratos mais significativos retirados das entrevistas transcritas, dando destaque à dimensão do dito ou da fala do entrevistado. Dessa forma, foi possível analisar o conjunto de referências feitas pelos entrevistados em relação ao tema estabelecido e às suas ramificações temáticas.
- c) Compatibilização de conteúdos: consistiu na geração de informações quantitativas, reunindo fatos e situações importantes contidos nas expressões dos entrevistados.
- d) Categorizações temáticas: as categorizações temáticas geradas pelos relatos dos enfermeiros passaram pela análise de conteúdo.

O tratamento dos dados, constituídos pelas falas dos entrevistados, passou pela preparação, compreendendo a transcrição, a digitação e o destaque das frases significativas para o preenchimento de tabelas, a fim de constituir o elemento temático e a categorização.

As categorizações temáticas geradas pelos relatos dos enfermeiros passaram pela análise de conteúdo que, segundo Bardin “pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. (BARDIN, 1977, p.38)

Para este fim, utilizou-se a técnica de compatibilização de conteúdos para gerar informações quantitativas, reunindo fatos e situações importantes contidos nas expressões dos entrevistados. Desta forma, a intenção da análise de conteúdo com a formulação das categorias temáticas é a de se promover “conhecimentos relativos às condições de produção e de percepção das

mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)". (BARDIN, 1977, p. 38).

Para I. de Sola Poll (citado por BARDIN, 1977, p. 20), a análise de conteúdo destaca-se por quatro concepções.

De maneira grosseira, arrogamo-nos o direito de dizer que "representacional" significa que o ponto importante no que diz respeito á comunicação é o revelado pelo conteúdo dos itens léxicos nela presentes, isto é, que algo nas palavras da mensagem permite ter indicadores válidos sem que se considerem as circunstâncias, sendo a mensagem o que a analista observa. Grosso modo, "instrumentar" significa que o fundamental não é aquilo que a mensagem diz à primeira vista, mas o que ela veicula dados o seu contexto e as suas circunstâncias.

As duas concepções se incorporam quando, na constituição de um esquema de arrolamento de dados, tornam-se necessários para o desenvolvimento das operações sucessivas de leitura e extração das informações principais, a formação de uma base de dados, uma fonte de direcionamento e destaque daquilo que é realmente importante para a análise. Podem-se confirmar os significados e dispor maior consistência ao resultado global, inclusive com a obtenção de resultados parciais e comparações entre discursos paralelos, tal a magnitude e abrangência dessa técnica.

A partir do tratamento dos dados primários, dados coletados, incluindo as entrevistas e dos dados secundários, estrutura das clínicas de oncologia, funcionamento do serviço e fluxo do atendimento ao paciente, iniciou-se a reflexão e o conhecimento, o que Severino (2002) destacou como necessário em toda a pesquisa.

Somente a partir desta reflexão e conhecimento das variáveis que envolvem o objeto de estudo foi possível a utilização dos procedimentos analíticos para gerar subsídios conclusivos.

A análise é um processo de tratamento do objeto – seja ele um objeto material, um conceito, uma idéia, um texto, pelo qual este objeto é

decomposto em suas partes constitutivas, tornando-se simples aquilo que era composto e complexo. Trata-se de dividir, isolar, discriminar.

A síntese é um processo lógico de tratamento do objeto pelo qual este objeto decomposto pela análise é composto reconstituindo-se a sua totalidade. A síntese permite a visão de conjunto, a unidade das partes até então separadas num todo que então adquire sentido uno e global (SEVERINO, 2002, p. 193).

Dentro deste procedimento estritamente científico foi dado destaque aos pontos relevantes das respostas dos entrevistados, aproveitando-se também aspectos reforçadores marginais, colocados de forma esparsa entre uma questão e outra, sendo aspectos não ditos verbalmente mas demonstrados pelos entrevistados como expressão facial ou outras formas de comunicação.

O tratamento qualitativo dos dados para análise foi dividido em subtítulos, contribuindo para a compreensão dos relatos. Cada um deles abrangeu os aspectos mais importantes sobre o tema, atendendo aos objetivos específicos.

Desta forma, no próximo capítulo pode-se constatar como se apresentam as manifestações das relações de poder vivenciadas por enfermeiros e como as influências das práticas das relações de poder interferem no cotidiano de trabalho destes profissionais.

5 O COTIDIANO DO ENFERMEIRO EM CLÍNICAS DE ONCOLOGIA

As atividades realizadas no cotidiano de trabalho de enfermeiros oncologistas são compostas por ações de cunho gerencial e assistencial. Portanto, para que haja excelência nos serviços prestados por essas clínicas é necessário que os enfermeiros sejam detentores tanto de competências técnicas como gerenciais, tendo em vista a jornada de trabalho extensa à qual estão sujeitos e a grande responsabilidade que assumem - todos os entrevistados relataram realizar suas atividades em uma carga horária de seis a oito horas diárias, durante cinco dias da semana, além de manterem mais de um vínculo empregatício, ou seja, realizando plantões noturnos.

A rotina de trabalho descrita pelos entrevistados envolve desde a assistência de enfermagem ao paciente oncológico – sendo este um procedimento específico e de alto grau de complexidade – até ações de auditoria de contas – procedimento que envolve diretamente os aspectos burocrático-financeiros da instituição. Apesar da aparente complementaridade dessas ações no dia a dia dos enfermeiros, há de se ressaltar certa dicotomia entre ações assistenciais e ações burocrático-gerenciais.

[...] faço a parte administrativa, mas também [...] a parte também de primeira consulta. (E2, p.15)

Esta afirmativa vai ao encontro de estudos realizados por Lautert (1997) que se refere ao cotidiano de trabalho do enfermeiro como estressante devido à sobrecarga de trabalho envolvendo tarefas repetitivas e monótonas, além do volume de atividades burocráticas existentes, exigindo destes a adequação de suas atividades de trabalho.

Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008) apontam que o estresse ocupacional está presente no cotidiano de trabalho de enfermeiros, devido ao

trabalho realizado por estes, sendo definido principalmente como sensação de estar no limite, na iminência do descontrole, e como cansaço físico e mental.

No rol das atividades mais freqüentes enumeradas pelos entrevistados apareceram relatos de ações de cunho assistencial e gerencial, sendo que a atividade de “assistência ao paciente” se destaca em 78% das respostas dos entrevistados.

[...] É [...] e aí o que acontece é que eu tenho que ser muito assistencial, né [...] então, de tá ali diretamente com o paciente [...] (E6, p.12)

Além disso, outras atividades relacionadas à assistência como “administração de quimioterápico” (67%), “consulta de enfermagem” (56%), “apoio, orientação e informação ao paciente e familiares” (56%), “punção de acesso venoso” (33%) e atendimento de intercorrências (22%) são citadas de maneira destacada pelos respondentes.

TABELA 3 – Ações cotidianas mais freqüentemente citadas no trabalho do enfermeiro

Itens discriminados	%
Assistência ao paciente	78%
Administração de quimioterápico	67%
Consulta de enfermagem	56%
Apoio, orientação e informação ao paciente e familiares.	56%
Recebimento e conferência de prescrição médica	56%
Supervisão da equipe de enfermagem	56%
Auditoria de contas / Compra e controle de estoque	56%
Punção de acesso venoso	33%
Organização do plantão médico	33%
Atendimento de intercorrências	22%
Marcação de atendimento e aplicação de quimioterapia	22%
Encaminhamento do paciente a outros profissionais	22%
Auxílio no processo de internação do paciente	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Faz-se necessário esclarecer que as atividades relacionadas na tabela 3 se relacionam às atividades citadas pelos entrevistados, o que significa que, apesar de não serem efetivamente realizadas pelo enfermeiro em seu cotidiano de trabalho, foram lembradas em seus relatos na proporção em que aparecem na referida tabela.

Entre as atividades que fazem parte do cotidiano dos enfermeiros pesquisados pode-se perceber uma grande gama de funções assistenciais que recaem sobre esses profissionais no tratamento oncológico.

Olha o cotidiano, ele é bem é dinâmico, porque a gente tem várias atividades. Tipo, a gente recebe o paciente, faz orientação [...] mesmo porque, às vezes, ele sai do consultório, mesmo tendo conversado com o médico, sai com muita dúvida [...] É, então a gente conversa. [...] a gente nesse sentido tem que dar apoio mesmo [...] dar apoio à família [...] para os acompanhantes [...] então, assim, a gente dá aquela orientação prática do tratamento [...](E7, p.13)

Eu passo e fico no ambulatório e atendo paciente normalmente [...] ele já vem com a prescrição, à gente espera o medicamento chegar da farmácia, porque quem prepara os medicamentos são os farmacêuticos, a gente já punciona o paciente e já administra a droga no paciente. (E7, p.13)

Necessariamente, o profissional que administra as quimioterapias e permanece em tempo integral ao lado do paciente durante a assistência é o enfermeiro, devendo este possuir habilidades para detectar qualquer tipo de reação do paciente que possa se traduzir em danos ao mesmo.

Porque às vezes precisa internar para fazer uma quimioterapia, internar para uma intercorrência, o paciente passa mal, e tal [...] então a gente utiliza o oitavo andar. (E7, p.5)

Dentro do grupo de atividades cotidianas do enfermeiro é necessário ressaltar a consulta de enfermagem. Este instrumento, constituído formalmente por meio de legislações do órgão de classe representativo do profissional enfermeiro, o Conselho Federal de Enfermagem, vem se somar ao plantel de funções assistenciais desses profissionais.

[...] ele passa pela enfermagem, uma consulta com a enfermagem [...] (E2, p.10)

[...] eles vêm pra quimioterapia né, e aí a gente faz, quando é a primeira vez do paciente aqui na clínica, a gente faz a consulta de enfermagem, né, que a gente realiza aqui no consultório [...] e aí eles entram, né [...] quando eu consigo fazer esta primeira consulta de enfermagem aqui nesta sala, no consultório, eles entram mais tranquilos, né [...] não surpreende o que eles vão encontrar, né [...] mais orientado (E9, p.11)

Ainda nesse contexto o enfermeiro, em seu cotidiano, é um ser possuidor de um conhecimento valioso que o coloca como um ser multiplicador de saberes, principalmente em relação ao paciente e seus familiares.

[...] porque a gente fica aí questão mais de quarenta minutos e uma hora de conversa com eles para tirar todas as dúvidas e ansiedades deles também, então a gente cria um ato mais próximo com eles [...] (E2, p.10)

Além de orientar pacientes e familiares quanto ao uso de medicamentos e materiais, esses profissionais também são responsáveis por orientar a equipe de trabalho. Portanto é cobrado que tenham esse conhecimento e que sejam capazes de repassá-lo a contento.

[...] nós temos uma agenda [...] marca na nossa agenda [...] e aí, baseado no tratamento que ele vai fazer, a gente dá as orientações pra ele. (E2, p.10)

[...] A gente presta para a supervisão para auxiliar de técnicas. A gente fica com a parte de apoio e educação para os pacientes e acompanhantes. O pessoal que começa a tomar remédio ou durante o tratamento, eles reportam muito a gente para tirar dúvida, a gente explica sobre medicação. Tem muita gente que leva medicação para casa, quer tomar além da quimioterapia, ainda tem remédio para dor, remédio para vômito então a gente dá muita orientação a esse respeito. Tem de tentar amenizar a situação para não piorar o que está ruim. (E3, p.11)

Além da assistência habitual, a enfermagem precisa ficar sempre atenta aos sinais de intercorrências com os pacientes, uma vez que este se encontra em situação de doença que necessita de observação e atenção constantes,

além do fato de algumas drogas quimioterápicas provocarem efeitos colaterais imediatos durante a administração.

Os efeitos colaterais da quimioterapia, segundo Muscarilin, Tierney e Stadtmauer (1993), podem surgir de acordo com a droga e a dose usada. Os eventos adversos mais frequentes são apatia, perda do apetite, perda do peso, queda de cabelo, hematomas, sangramento nasal e bucal, mucosite, náuseas, vômitos e diarreias. Porém, a quimioterapia pode levar a efeitos colaterais mais graves como, por exemplo, a neutropenia, que aumenta significativamente os riscos de morbidade e mortalidade por processos infecciosos.

Porque a gente tem também os plantões às intercorrências, além das quimioterapias de continuidade. (E8, p.14)

Diante do exposto, a função do enfermeiro é essencial nas clínicas de oncologia. Além do papel assistencial, sua função gerencial possui merecedor destaque no cotidiano de trabalho, pois envolve atividades não relacionadas à assistência direta ao paciente, mas que interferem diretamente no sucesso das atividades de cunho assistencial.

Em concordância com os estudos de Mads (1998) é possível verificar, por meio dos extratos de entrevistas, que o enfermeiro supervisiona e controla as atividades da equipe de enfermagem ou de outras áreas de atuação, desenvolvendo um papel gerencial indispensável ao desenvolvimento do trabalho de toda a equipe multidisciplinar.

Nos depoimentos dos entrevistados percebe-se uma grande variedade de funções, tanto assistenciais como gerenciais, incluindo tarefas relativas ao controle de patrimônio e estoque, controle financeiro e gestão de pessoas, entre outras atividades tipicamente administrativas como “recebimento e conferência de prescrição médica” (56%), “supervisão da equipe de enfermagem” (56%), “auditoria de contas / compra e controle de estoque” (56%), “organização do plantão médico” (33%), marcação de

atendimento e aplicação de quimioterapia “(22%), “encaminhamento do paciente a outros profissionais” (22%), “auxílio no processo de internação do paciente” (11%).

[...] então além da organização toda da supervisão geral toda, às vezes a parte burocrática eu tenho que ir ali [...] às vezes eu faço uma auditoria nas contas, nos convênios [...] e ali, quando cê tá fazendo, o telefone tá tocando, tá mexendo no computador... (E6, p.16)

[...] a enfermagem, o que acontece [...] eu vou te explicar detalhadamente: a parte burocrática com relação a tudo relacionado à assistência [...] aqui eu faço basicamente como se fosse um gerente operacional da saúde, eu trato dos assuntos dos médicos, da enfermagem e da parte clínica também. Eu faço compra, eu coto medicamento, compro material. (E1, p.15)

Atividades como a coordenação do serviço de enfermagem, que garantem uma assistência de qualidade ao paciente; a marcação de quimioterapia, que proporciona um atendimento diferenciado no que tange à comodidade e à assistência individualizada ao paciente; recebimento e conferência da prescrição médica, que garante a segurança da administração correta de medicamentos; o encaminhamento do paciente a outros profissionais, que garante uma assistência integral ao paciente, em todas as suas necessidades; o auxílio no processo de internação, que promove segurança e conforto ao paciente e seus familiares; a auditoria de contas e a organização do plantão médico, que garantem o bom andamento do serviço e evita perdas monetárias à instituição são algumas das atividades que conferem um alto grau de dependência da instituição em relação ao enfermeiro, além de aumentar o poder do meso nas relações de trabalho no âmbito organizacional.

[...] a minha rotina com as enfermeiras é coordenar a equipe, principalmente porque eu fico muito sozinha à tarde. (E8, p.14)

Então, esta prescrição, na hora que ele entrega [...] conferimos esta prescrição [...] apesar de já estar no protocolo e tudo, o médico ter assinado e tudo, a gente confere e passa pra Farmácia (E6, p.16)

Porque tudo o que é prescrito, a gente tem de conferir para ver se está certo [...] passar para o faturamento. É quase uma pré-auditoria, que a gente faz. (E3, p.15)

Observa-se, nesse sentido, um papel central do enfermeiro no sentido de manter o funcionamento normalizado de todas as funções assistenciais. Entremente, esse papel mais central traz consigo o ônus das funções burocráticas, sem as quais dificilmente se atingiria os objetivos organizacionais de atendimento aos pacientes.

[...] o dia em que o paciente precisa internar, ou tá grave, ele vem [...] aí você tem que tá coordenando tudo pra ele tá internando [...] você vê um paciente, né, dentro de uma necessidade [...] ele ficou satisfeito, teve o tratamento que precisava [...] então tudo isso é muito bom. (E5, p.12)

Considerando-se essa dicotomia quanto à natureza do serviço (função gerencial X assistencial), os enfermeiros entrevistados fizeram referência às funções realizadas no cotidiano de trabalho que consumiam maior parte do seu tempo. A expectativa desta subcategoria era verificar qual ou quais das atividades, de cunho assistencial ou de cunho gerencial, eram responsáveis pela maior parte do tempo da jornada de trabalho do enfermeiro. Constataram-se, nas respostas aferidas que, em 67% dos relatos dos enfermeiros as funções administrativas e burocráticas ocupam a maior parte de seu tempo, como demonstrado na tabela de número 4.

TABELA 4 – Atividades cotidianas que requerem mais tempo do enfermeiro

Itens discriminados	%
Função Administrativa / Burocrática	67%
Função Assistencial	22%
Ambas as funções	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

A percepção de superioridade destas atividades em detrimento das relativas à assistência propriamente dita pode ser justificada por razões tanto externas quanto internas ao hospital. Externamente ao hospital observa-se um aumento de poder dos convênios (inclusive com a implementação de auditorias nas clínicas), o aumento da exigibilidade para certificações e ou "creditações" por instituições - das quais se destaca-se a Agência Nacional de Vigilância

Sanitária que atua impondo exigências como o Projeto de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional e Renovação de Alvará Sanitário. Faz-se necessário mencionar a grande dependência dos hospitais em relação aos convênios, seus maiores financiadores, os quais exercem grande influência nas ações implementadas dentro dos mesmos. Dessa forma, o enfermeiro assume também funções internas a fim de responder a esses atores externos à organização.

Assumi a coordenação de serviço... [É checagem de conta, faturamento, conferência da prescrição médica, organização do plantão médico, formalização do ambulatório, correr atrás do presidente, tem prescrição, cobrar prescrição, fez errado, prescreveu errado, não é isso que prescreve...] Então a tarde é essa rotina a tarde inteira [...] (E8, p.14).

Aqui, como em qualquer lugar, especialmente por ser particular [...] então, tem uma burocracia grande [...] a gente tem que entregar tudo em tempo, para receber em tempo. (E3, p.15)

Internamente, a grande presença do enfermeiro no corpo da organização e sua múltipla atuação conferem a ele acesso e conhecimento sobre a organização hospitalar e seus processos. Essa abrangência da atuação do profissional de enfermagem, bem como o reconhecimento do enfermeiro como um profissional competente e qualificado para lidar com estes assuntos levou, provavelmente, ao crescente envolvimento dos enfermeiros oncologistas com estas atividades. Neste sentido, contando com as habilidades e competências dos enfermeiros, as funções gerenciais foram paulatinamente lhes sendo delegadas. Como resultado disto, passaram a ter a maior parte do seu tempo envolvido por tais atividades.

Cecílio e Merthy (2003) descrevem a necessidade da coordenação do trabalho das equipes pelo enfermeiro devido a sua capacidade para fazê-lo, por suas habilidades e competências. Para estes autores, o sucesso das organizações hospitalares, tendo o enfermeiro como o profissional responsável por atividades de coordenação das equipes, resulta no trabalho final da assistência ao paciente, foco destas organizações.

Expressando-se a respeito destas atividades de cunho administrativo-burocrático os entrevistados, na maior parte das vezes, a elas se referem como uma maneira de perder o tempo que poderia ser destinado à assistência de enfermagem direta ao paciente. Sendo assim, pode-se questionar se enfermeiros realmente apresentam o desejo de dedicar mais tempo às atividades de cunho assistencial ou se o fazem por serem estas atividades as mais aceitas socialmente para o profissional de enfermagem.

A parte burocrática consome muito tempo. Ela às vezes deixa você [...] faz você perder tempo de assistência para dar conta da parte burocrática, que é checagem de contas, é computador, é tudo [...] você tem que conduzir paciente, você tem que conferir, é muito difícil [...] (E8, p.17)

Olha, atualmente eu falo assim, de uns dois anos pra cá, a questão de estar atento à papelada, autorização, isso tá demandando muito tempo [...] (E7, p.17)

A função burocrático-administrativa é tida como menos importante para os enfermeiros pesquisados, mesmo sendo grande consumidora do tempo do profissional. Além de confirmar uma tendência nos processos de gestão nas unidades hospitalares, este fato pode ser analisado como desconfortante para o enfermeiro por diminuir a relação deste com o paciente. Por isso, alguns enfermeiros afirmam fazer uma tentativa de renegar as funções administrativas ao segundo plano, priorizando a parte assistencial.

Para Trevisan (1998), indo de encontro às percepções dos enfermeiros, a função administrativa é reconhecida como a essência do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar.

O que consome mais tempo seria a parte administrativa, parte burocrática você mexer com papéis demanda muito tempo [...] eu faço isto depois da assistência [...] (E1, p.15)

A assistência representa uma importante fonte de poder do enfermeiro oncolologista, em relação aos outros profissionais devido às habilidades técnicas necessárias e, em grande parte, quase exclusivas deste profissional. Nesse

contexto, observou-se que em 22% dos relatos dos entrevistados as atividades assistenciais consomem a maior parcela de seu tempo de trabalho.

É a orientação, né [...] é a consulta de enfermagem né. (E9, p15)

[...] eu fico mais tempo mesmo é na sala de soro, então eu tô ali atenta né, a qualquer reação do paciente, então esta assistência é o que eu me dedico mais. (E5, p.15)

Em poucos relatos (11%), os entrevistados referem consumir a maior parte do tempo em ambas as atividades, o que vem colaborar a hipótese de que são poucas as instituições em que o enfermeiro oncologista consegue intercalar atividades gerenciais e assistenciais sem sobreposição de umas sobre as outras.

A parte administrativa, mas também [...] a parte [...] esta parte também de primeira consulta. (E2, p.15)

Quando questionados sobre quais atividades gostariam de dispor de mais tempo no seu cotidiano de trabalho, os entrevistados expressaram, em 89% das respostas, o desejo de permanecer mais tempo nas atividades de orientação ao paciente sobre os assuntos referentes à terapêutica do câncer, bem como prestar apoio ao paciente e seus familiares. Estes dados corroboram, mais uma vez, o desejo dos enfermeiros oncologistas de se manterem em atividades relacionadas ao vínculo enfermeiro-paciente.

Em contrapartida, ao analisar as práticas cotidianas no setor hospitalar, observa-se a participação, cada vez mais expressiva, de enfermeiras em cargos gerenciais, tanto no setor público quanto no privado (BRITO, 1998), reforçando a identidade e o reconhecimento profissional do enfermeiro. Para Filizola (1997), tendo em vista o contexto institucional e o modelo de tratamento vigente nas instituições de saúde, deve-se analisar a relação da enfermagem com o paciente, na qual um dos objetivos do enfermeiro seria a vigilância sobre aquele, como uma relação de poder onde o primeiro mantém com o segundo um vínculo que visa reproduzir a instituição.

Nos relatos abaixo torna-se evidente o desejo de permanência do enfermeiro ao lado do paciente, prestando-lhe assistência:

[...] eu ficaria só na orientação, com paciente da quimioterapia. (E9, p.18)

Na parte assistencial, eu gosto muito da parte assistencial. (E1, p.18)

[...] um acompanhamento mais de perto do paciente (E2, p.18)

Na tabela de número 5 percebe-se mais uma vez o desejo do enfermeiro em dispor de mais tempo do seu cotidiano de trabalho em ações relacionadas à assistência de enfermagem. Neste sentido, as percepções do enfermeiro oncológico acerca das atividades de assistência ao paciente contradizem os estudos de Barba, Fonseca e Martos (1999) que afirmam que a apropriação do saber prático por enfermeiros, além de atribuir a estes as funções de assistência, lhes proporcionam apenas subordinação e desvalorização profissional.

TABELA 5 – Atividades que o enfermeiro desejaria dispor de mais tempo no cotidiano de trabalho

Itens discriminados	%
Apoio / Orientação / Informação ao paciente e familiares	89%
Acompanhamento mais próximo do tratamento do paciente	33%
Assistência de enfermagem	22%
Primeira consulta	11%
Consulta de enfermagem / Sistematização da assistência	11%
Estudo / Qualificação profissional	11%
Função administrativa / Burocrática	0%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Algumas atividades assistenciais são reveladas nos discursos dos entrevistados: o acompanhamento mais próximo do paciente (33%), a assistência direta ao paciente oncológico (22%), a primeira consulta de

enfermagem ao paciente iniciante no tratamento oncológico na instituição (11%), a consulta de enfermagem aos pacientes em continuidade de tratamento e a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço (11%).

Seria esta área [...] seria realmente a primeira consulta de enfermagem [...] porque ali tem um pouco de tudo, a gente é um pouco de enfermeira, é um pouco de amiga, um pouco de tudo [...] (E2, p.18).

Ações relativas á assistência de enfermagem ainda possuem uma visão de certa forma romântica da profissão, pautadas em anseios de atuação profissional de alguns enfermeiros.

Ah, eu acho que eu me dedicaria mais às crianças. Assim, a tá acompanhando mais de perto, saber mais a fundo a história daquela criança. Acompanhar o tratamento do processo e, às vezes, até assim, um acompanhamento fora do hospital. Tipo assim, eu ir lá na casa dele para saber como é que é. Se ele tá tomando remédio mesmo. Se tem como armazenar o remédio. Como é que é. Tem geladeira? Sabe, se eu pudesse cercar tudo, eu queria. (E7, p.20)

O desejo de transmitir informação ao paciente a fim de que este, consciente de seu tratamento, proceda de maneira correta, também é exposto por alguns respondentes.

[...] nas orientações de soro. As orientações do paciente do início do tratamento [...] se você não orienta passo a passo, como que ele procura o serviço no retorno dele, nas intercorrências [...] ele volta errado [...] ele não volta quando deveria [...] ele volta às vezes desnecessariamente, porque ele acha que vomitar pra ele é dor de cabeça, tudo o que o remédio causou, ele não vai saber que é só por isso [...] então, é a doença e não o remédio: “Então é doença e tenho de voltar”. Então, às vezes ele podia se tratar em casa, ele podia tomar uma dipirona, mas eles fazem esse retorno desnecessário. (E8, p20)

[...] mais tempo pra orientar o paciente, o que é o tratamento que ele faz [...] (E4, p.19)

O simples contato com o paciente se torna o combustível para a atuação do profissional em alguns momentos.

[...] é a assistência do paciente na sala de soro [...] quanto à orientação de primeiro soro [...] precisa acompanhar o paciente mais de perto [...] porque no final das contas é a oportunidade que a gente tem de estar em contato com o paciente. (E8, p.14)

Estes relatos nos remetem a uma reflexão sobre a importância da função assistencial para o enfermeiro oncologista em comparação com a função gerencial, uma vez que em nenhum relato (0%) houve menção ao desejo de mais tempo para realização. Em alguns casos, em contrapartida, se expressa à negação da função gerencial com prejuízos na função assistencial.

[...] é a questão do assistencial, né [...] então, se você não tivesse esse monte de burocracia tipo, vamos dizer assim, de problemas por trás, cê consegue, sabe, cuidar do atender, do explicar, do orientar, do dar conforto, sabe [...] você vê que isto é muito importante pro paciente [...] esta é a melhor parte [...] (E6, p.20)

Observou-se, também, certa frustração por não se poder dedicar mais tempo de maneira sistematizada a esse atendimento.

Se eu pudesse escolher [...] o que a gente queria, o que a gente tem pretensão de fazer, é implantar mesmo a sistematização da assistência de enfermagem e termos consulta mesmo de enfermagem [...] para a gente poder orientar formalmente, porque a gente faz isso no informalmente. A gente conversa, cria vínculo, mas não tem muita coisa oficial. (E3, p.19)

Além das respostas que expressaram o desejo pelo exercício das atividades assistenciais, em apenas 11% dos relatos houve manifestação do desejo de dispor de mais tempo em atividades acadêmicas e científicas, significando o estudo e a qualificação profissional, o que lhe confere também um ganho em suas relações de poder. Este relato pode estar relacionado ao quantum de poder que o conhecimento confere ao enfermeiro, tanto na equipe multidisciplinar quanto na sociedade como um todo, relacionando a busca pelo poder por meio da busca pelo saber. Além disso, a pressão das novas tecnologias e demandas também obriga o profissional à educação continuada.

Este fato pode ser confirmado mediante a leitura de Foucault (1987), que afirma que o poder encontra-se sempre ligado à arqueologia dos saberes, que possibilita o controle, o registro e o acúmulo de saberes sobre os indivíduos vigiados. Nesta perspectiva o enfermeiro, detendo estes saberes, coloca-se em posição de destaque e, conseqüentemente desigualdade nas relações de poder.

Eu acho que o mais importante de tudo é você estar sempre estudando, estar sempre atualizando, porque todo dia tem uma droga nova, todo dia você tem que tá preparado pra tá ali orientando o paciente, né [...] pra tá relatando pra ele quais são os efeitos daquela droga [...] então, tudo isso é importante. (E5, p.19)

Com estes 4 ou 5 anos que eu estou na clínica, foi muito gratificante pra mim [...] eu cresci muito profissionalmente [...] e deixo um aviso pros outros enfermeiros [...] que deveriam investir mais nisso, sair dessa rotina de não especializar [...] e procurar outra coisa, igual eu fiz com a oncologia [...] eu acho bem interessante [...] e já estou bem à frente. (E1, p.61)

A análise acerca do cotidiano de trabalho de enfermeiros oncologistas leva a inferir que várias são as atividades que envolvem este profissional (é contraditório) em suas atividades cotidianas. Ocupam parte importante do cotidiano do enfermeiro as ações de cunho gerencial, devido à importância dada a estas pelas organizações, sendo delegado ao enfermeiro a responsabilidade de executar tais tarefas no ambiente de trabalho das organizações hospitalares.

Em contrapartida, ações de cunho assistencial são referidas pelos enfermeiros entrevistados como atividades preferidas, podendo ser a assistência de enfermagem interpretada também como um espaço no qual o enfermeiro tem o controle de atividades que são influenciadas pelas relações de poder no ambiente de trabalho.

Desta forma é possível evidenciar um conflito de interesses entre a sobrecarga de atribuições gerenciais destinadas ao enfermeiro oncologista

pelos dirigentes das organizações de saúde e o anseio destes profissionais em priorizar em seu cotidiano de trabalho as ações assistenciais no ambiente das clínicas de oncologia.

6 A vivência profissional do enfermeiro: dificuldades e facilidades

A forma como os enfermeiros entrevistados vivenciam e percebem o seu exercício profissional nos permite perceber como se estabelecem as relações e como essas relações afetam o profissional. As percepções dos entrevistados acerca do exercício profissional no ambiente de trabalho envolvem temáticas relacionadas a vivências e sentimentos gerados no cotidiano de trabalho, como se pode verificar na tabela 6.

Ao serem questionados a respeito de sua percepção acerca do exercício profissional, os respondentes apresentaram duas vertentes de respostas: as que abarcam o ambiente de trabalho e a sua relação com terceiros; e respostas relacionadas à terapêutica do câncer. Este fato nos remete à possibilidade de ocorrência das relações de poder que envolvem estes sujeitos, trazendo um indicativo de que as características desse ambiente sejam motivadoras de adequações nos comportamentos dos indivíduos e em suas individualidades.

Esta premissa e a compreensão da organização hospitalar como um campo social corresponde à afirmação de Bourdieu (2000), que descreve o campo social como um ambiente de formas de poder distintas e desiguais, no qual os agentes se enfrentam em lutas com meios e fins distintos.

TABELA 6 – Características do trabalho do enfermeiro segundo os entrevistados

Itens discriminados	%
Tratamento de quimioterapia (seguro e tranquilo)	89%
Autonomia do enfermeiro no ambiente de trabalho	78%
Espaço de humanização	56%
Satisfação e orgulho no ambiente de trabalho	56%
Relacionamentos no ambiente de trabalho	33%
Amizade no ambiente de trabalho	22%
Dedicação e reconhecimento no ambiente de trabalho	22%
Crescendo e aprendendo no ambiente de trabalho	22%
Produzindo informação no ambiente de trabalho	11%
Contato com o paciente	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

O tratamento quimioterápico seguro e tranquilo aparece nas respostas de 89% dos enfermeiros. Essas características, além de serem importantes para que o paciente tenha um tratamento mais confiante no resultado, também são significativas para que exista um bom clima de trabalho.

É uma clínica de oncologia, é ambulatório né, abre de sete às vinte e uma horas, atende paciente só de convênios e eu atendo paciente de quimioterapia com muita segurança. (E4, p.2)

Então, assim, o paciente internou para quimioterapia, a gente recebe a prescrição dele aqui, e tudo é feito aqui, e a gente entrega a quimioterapia pronta, é super tranquilo o tratamento. (E7, p.5)

Nos relatos, percebe-se que os enfermeiros falam com propriedade e segurança sobre o tratamento oferecido, demonstrando conhecimento profissional que se traduz em relação de poder do enfermeiro sobre o paciente uma vez que este profissional detém o conhecimento que aquele necessita para seu tratamento.

[...] fazemos tratamento com quimioterapia, aplicações de quimioterapia ambulatorial, o paciente que vem estável sem interferência nenhuma, faz uma consulta, é diagnosticado um câncer e quando há necessidade de tratar mesmo a gente entra com quimioterapia, são vários ciclos, bem tranquilo. (E1, p.2)

Além disso, ao serem inquiridos sobre a necessidade de relatar outras percepções acerca do seu exercício profissional observa-se novamente, na grande maioria dos relatos, que as manifestações das relações de poder estão presentes nas percepções dos entrevistados, como mostram os dados da tabela 7.

Nesta perspectiva, os relatos dos entrevistados vão ao encontro de estudos de Souza e Lisboa (2002) que se referem a uma enorme multiplicidade de profissionais inseridos no contexto hospitalar, com formações diversificadas, com desejos e aspirações profissionais e pessoais diversas, levando a uma disputa acirrada neste campo complicado de relações de poder.

A tabela número 7 ilustra percepções dos enfermeiros pesquisados acerca do seu exercício profissional em clínicas de oncologia.

TABELA 7 – Outras percepções acerca do exercício profissional

Itens discriminados	%
---------------------	---

Autonomia e valorização do enfermeiro em oncologia	100%
Frustração	44%
Oncologia – uma escolha difícil e complexa	33%
Crescimento / Qualificação profissional	22%
Desvalorização social da enfermagem	11%
Baixa remuneração	11%
Ausência de preparação em oncologia em cursos de graduação	11%
Despreparo / Insegurança de enfermeiros recém formados	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Em alguns extratos das entrevistas é possível verificar o constrangimento dos entrevistados devido ao grande desencontro entre o conhecimento formal da graduação e a prática profissional. Este fato pode ser explicado pelo fato de o enfermeiro oncologista acreditar que é necessário o domínio de um saber específico desta área de atuação.

[...] às vezes quando você tá na faculdade, e você sai da faculdade, você pensa: “nossa, na teoria é tudo muito lindo, sabe [...] na teoria tudo funciona muito perfeito [...] mas na prática infelizmente não.”, mas só que também você não pode levar pro lado da frustração [...] (E2, p.61).

Eu acho que a gente não está preparada pra isto [...] a gente sai da faculdade sem saber quase nada de oncologia [...] (E4, p.62).

Acredita-se assim ser necessário contemplar nos currículos de graduação de enfermagem a disciplina de oncologia com conteúdo mínimo, teórico e prático, com o objetivo de melhor embasamento dos egressos no mercado de trabalho na área oncológica.

Em alguns relatos ressalta-se a pouca importância conferida pelas universidades à formação dos enfermeiros em oncologia nos cursos de graduação. Neste momento, a baixa qualificação do enfermeiro recém formado que chega ao mercado de trabalho o coloca em situação de desvantagem nas

relações que se estabelecem entre este profissional e os outros sujeitos no ambiente hospitalar, devido ao seu pouco conhecimento em relação às exigências do trabalho do enfermeiro oncologista.

[...] a gente não tem aqui em Belo Horizonte uma universidade [...] então, o enfermeiro sabe muito pouco de oncologia [...] é extremamente complicado [...] são mais de duzentas drogas no mercado cada uma de um jeito diferente, cada uma da um efeito colateral, então, assim, você tem que estudar muito, você tem que ser muito capaz pra você conseguir. (E4, p.62)

Sendo assim, considerando o crescente número de câncer no Brasil e no mundo, além da necessidade crescente de profissionais enfermeiros atuantes em serviços de oncologia, faz-se necessário uma melhor preparação de graduandos nas universidades para atuação nestes serviços de alta complexidade.

Ao longo da sua trajetória profissional o enfermeiro adquire conhecimentos teóricos e práticos e vai construindo seu espaço nas relações vivenciadas no ambiente hospitalar com seus pares, seus subordinados, seus superiores e pacientes. O acúmulo de saberes confere ao enfermeiro, paulatinamente, papel de destaque no ambiente de trabalho. Porém, além da assistência de enfermagem pautada em conhecimentos teóricos e práticos, demonstrado por esses profissionais no exercício de funções complexas referentes à terapêutica do câncer, uma patologia mitificada socialmente no rol das doenças perniciosas, os enfermeiros oncologistas prestam uma assistência humanizada ao paciente, levando em consideração não só os aspectos físicos deste, mas também os aspectos psíquicos, sociais e espirituais, como fica ressaltado em trechos de entrevistas com os enfermeiros entrevistados.

Bom a gente é uma clínica de quimioterapia. A gente faz tratamento adulto e infantil. E a gente ainda dá o suporte [...] a gente dá o apoio [...] todo paciente que passa mal, geralmente vem para cá [...] além do tratamento habitual da quimioterapia, a gente ainda tem a parte de apoio. (E3, p.2)

A clínica onde eu trabalho [...] é uma clínica que voltada 100% ao paciente [...] a nossa missão é de tratar o paciente com calor humano, com dedicação,

com importância e ressaltando as qualidades e necessidade para o paciente mesmo [...] é muito voltado pro calor humano. (E2, p.2)

Quando questionados sobre as dificuldades para o desenvolvimento das ações cotidianas, em 55% dos relatos foram encontrados aspectos relacionados às manifestações de poder entre o enfermeiro e os outros sujeitos envolvidos no ambiente de trabalho, 33% se referiram às questões relativas ao diagnóstico e tratamento em oncologia e em 33% dos relatos foram feitas referências à ausência de dificuldades na realização das ações profissionais, como pode ser visto na tabela número 8.

Esta premissa pode ser verificada através dos estudos de Lima e Bastos (2008) onde os autores afirmam que as organizações de saúde são espaços sociais por natureza conflituosa, devido à heterogeneidade de categorias profissionais aliado à distribuição do poder.

TABELA 8 – Dificuldades no trabalho do enfermeiro

Itens discriminados	%
Ausência de dificuldades	33%
Fragilidade emocional e precariedade do paciente	22%
Convivência com outros profissionais	22%
Relacionamento interpessoal	22%
Resistência de subordinados	11%
Sensação de impotência diante do câncer	11%
Total*	122%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

As dificuldades no trabalho do enfermeiro citadas como a convivência com outros profissionais, o relacionamento interpessoal e a resistência dos subordinados, perfazendo um total de 55% dos relatos dos entrevistados, remetem à reflexão sobre as atividades relacionadas com as relações de poder vivenciadas pelo enfermeiro como a maior dificuldade enfrentada no seu ambiente de trabalho.

Alguns resultados de entrevistas apontam no sentido das dificuldades nas ações cotidianas do enfermeiro, relacionadas com as manifestações de poder nas clínicas de oncologia.

As principais dificuldades [...] então, às vezes eu tenho uma certa dificuldade de poder com funcionária, tem uma certa resistência em querer fazer o certo [...] e cê tem sempre que tá chamando atenção. (E1, p.21)

As dificuldades eu acho que não só para quem é gerente em enfermagem não. Acho que é para qualquer setor quando você tem uma equipe sobre a sua responsabilidade. Porque as pessoas são diferentes. Muitas vezes a gente precisa chamar, gente vamos lavar a roupa suja aqui. (E7, p.22)

Dificuldades [...] é, às vezes de relacionamento interpessoal, não por minha parte, mas o ser humano por si só ele é difícil de lidar Então às vezes, a gente encontra um pouco de obstáculo em relação a isso. (E8, p.23)

[...] eu falo que, eu como administradora, os dois donos, acaba que a gente tem a mesma visão [...] todo mundo é muito exigente (risos) eu acho que é muito perfeito. (E6, p.22) será que ela quer ser assistencial como dito anteriormente.

A afirmativa relativa à vivência das relações de poder nas atividades cotidianas do enfermeiro pode ser explicada pelos estudos de Enriquez (2007), que afirma que o poder tende a se exercer sobre a totalidade das atividades do indivíduo. O poder se pretende ilimitado, tendo sempre a necessidade de ser reconhecido.

Foi verificado que também em 33% dos relatos dos entrevistados a dificuldade do enfermeiro oncologista em lidar com a fragilidade emocional e precariedade do paciente, além de sua impotência diante do câncer. Este fato pode ser justificado por sua atuação limitada, ao reconhecimento de limites à atuação deste profissional em relação à doença e à morte.

A sensação de impotência diante de certas dificuldades, na tentativa de atender o paciente de forma mais completa, expressa o sentimento dos

profissionais em relação aos mesmos. A impossibilidade de assistir aos doentes em mais linhas de atuação leva os profissionais a ficarem frustrados.

[...] dificuldades [...] é, a gente queria fazer mais pelo paciente [...] é [...] podíamos dar mais [...] podia ter alimentação, umas coisas assim, para dar mais conforto ao paciente [...] mas a própria estrutura não permite [...] (E3, p.21)

A relação com os pares, em especial com o psicólogo na equipe multidisciplinar, pode ser verificada em extrato de relato dos enfermeiros entrevistados. Este profissional é referenciado como o responsável pela árdua tarefa de dar apoio não só ao paciente e seus familiares, mas também à equipe de saúde, com o objetivo de promover o bem estar de quem cuida e de quem recebe os cuidados no tratamento oncológico.

Olha, entre as dificuldades, a dificuldade maior que a gente tem quando a gente trabalha em oncologia é você lidar com certa frustração de ver o paciente tratar, tratar, tratar e ir embora sem você poder fazer muito mais por ele, além do cuidado que você faz mesmo, então isto é a maior frustração. (E5, p.21)

No desenvolvimento da atividade profissional, o enfermeiro oncologista se depara com situações que resultam em momentos de prazer. Em todos os relatos (244%), os enfermeiros relatam prazer em atividades ligadas às relações vivenciadas entre eles e terceiros no ambiente de trabalho, seja através da relação com o paciente ou com os outros profissionais da equipe. Este prazer se traduz em sucesso do tratamento, reconhecimento, valorização, respeito, sucesso profissional ou bom relacionamento com os sujeitos no ambiente de trabalho, observados na tabela número 9.

TABELA 9 – Prazer na atividade do enfermeiro

Itens discriminados	%
Bem-estar físico e emocional / Melhora clínica do paciente	67%
Reconhecimento, respeito e valorização profissional	56%
Sucesso no tratamento do paciente	33%
Sucesso profissional	22%
Convivência / Vínculo com o paciente	22%

A assistência ao paciente	11%
Orientação ao paciente	11%
Atendimento ao paciente pediátrico	11%
Bom relacionamento com os profissionais	11%
Total*	244%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta

Observa-se que, com o envolvimento maior dos enfermeiros com o paciente, peculiar à oncologia, as variações da saúde do paciente também são refletidas nos estados de humor e de realização do profissional, remetendo à importância desta relação no conjunto das atividades do enfermeiro das clínicas oncológicas.

A satisfação e o orgulho por desenvolver seu trabalho em clínicas de oncologia aparecem em 56% das respostas dos entrevistados. Estes relatam satisfação e orgulho devido ao tipo de assistência que se consegue prestar ao paciente, traduzida na humanização da mesma (TABELA 9).

A clínica onde eu trabalho [...] é uma clínica que voltada 100% ao paciente, é impressionante como a visão daqui, a nossa missão [...] eu fico assim encantada como que tem carinho, como que tem paciência com os pacientes [...] (E2, p.2)

Como complemento e fazendo certo contraponto, observou-se que em 67% dos relatos dos entrevistados o que mais gera prazer no exercício profissional é o sucesso, ou seja, ações efetivas que têm resultado positivo (Tabela 9).

[...] o que me dá mais prazer como enfermeiro gerente é quando você vê que aquilo que você fez aquela parte documental, aquela parte [...] você tem um retorno positivo daquilo, os clientes de convênio não tem nenhuma reclamação, são papéis da contabilidade que voltam sem problema nenhum, não tem problema de advertência entendeu, você vê que no final o serviço deu certo. (E1, p.42)

Contudo, ao contrário do que se poderia imaginar, esse sucesso citado pelos enfermeiros é relativo às suas atividades gerenciais e não às atividades assistenciais, mesmo que essa função seja negada na maior parte do discurso.

De acordo com Enriquez (2007), o poder sempre busca sua legitimidade exprimindo a obrigação de fazer ou não. Sendo assim, o fazer em prol do paciente legitima o poder do enfermeiro sobre este, concretizando-se através da realização de suas atividades com sucesso, o que pode ser evidenciado nos extratos dos relatos dos entrevistados.

O cuidar [...] o cuidar do paciente [...] à medida que ele vai melhorando [...] é aí você fica muito feliz, você vê o paciente tendo alta bem, a gente foi preparada pra cuidar e ver uma resposta boa [...] então, quando ela não é boa, a gente fica um pouco frustrada [...] (E5, p. 43)

[...] é uma coisa complicada, a gente sai fora um pouco do foco, sabe, de não curar [...] porque a gente tem uma grande dificuldade nisto aí. (E6, p.44)

Isto explica porque 67% dos respondentes sentem prazer com o “bem-estar físico e emocional / melhora clínica do paciente”.

O bem-estar do paciente, mesmo que não esteja totalmente curado, mas pelo menos consciente e orientado, é motivo de os enfermeiros se sentirem realizados, sendo este fato um reflexo de sua atuação.

Olha, me dá mais prazer aqui é ver o paciente bem. Vem, explica, vê, faz o remédio, fala do que ele tá tomando [...] e tô vendo ele bem [...] mesmo mal, mas bem orientado. Quando ele está bem orientado, isso me faz realizada. Porque eu percebo que eu dei conta de passar o recado. Eu falei, eu orientei. Eu conduzi bem a coisa. E a gente se cobra muito nessa condição. (E8, p.44) (reconhecimento e atribuição de sentido significativo ao trabalho).

[...] é ver o paciente melhorar, embora seja uma coisa complicada [...] a gente sai fora um pouco do foco (E6, p.44)

Esse sentimento de realização, de missão cumprida, é importante para os enfermeiros, pois eles se reconhecem como responsáveis por desmistificar os tratamentos para os pacientes, informando-os e acalmando-os, além de reforçar a relação de dependência dos mesmos. A relação de dependência do paciente em relação ao enfermeiro, mesmo que implícita, coloca este em condição de destaque nas relações de poder no ambiente profissional, levando à sensação de prazer na realização do seu trabalho.

Na minha função de enfermeira gerente [...] eu tenho muito prazer em ver um paciente chegar ansioso, morrendo de medo, e na segunda vez que ele volta ao tratamento ele já está brincando, conversando [...] (E2, p.42)

[...] também tenho muito prazer na hora que eu vou conversar a primeira vez [...] eu fico uma hora, uma hora e dez conversando com eles [...] eles saem outra pessoa [...] eu tive uma experiência com um paciente [...] eu fiquei assim quase duas horas com ele aqui nesta sala conversando [...] aí, outro dia ele passou pela médica dele [...] encontrei com a médica no andar e ela falou: “a esposa daquele paciente disse que era de você que ele precisava!” Vale a pena, né? E ele voltou três dias depois, super tranquilo [...] foi ótimo. (E2, p.42)

No exercício profissional do enfermeiro oncologista o ponto alto do sucesso de sua atuação se traduz na melhora do paciente e na sua alta do tratamento, o que constitui motivo realmente maior de prazer. Este fato se justifica pelo reconhecimento que o enfermeiro e toda a equipe multidisciplinar terão diante da sociedade, uma vez que foi conseguida uma vitória - algo bastante incomum- na luta contra o câncer.

Sob a ótica das manifestações das relações de poder, Enriquez (2007) ressalta a competência técnica como um dos fatores mais importantes, levando-nos a inferir que tal competência da equipe de oncologia pode ser uma das responsáveis pelo sucesso do tratamento, conferindo a ela um alto grau de poder perante a sociedade.

O cuidar, o cuidar do paciente [...] à medida que ele vai melhorando [...] é aí que você fica muito feliz [...] você

vê o paciente tendo alta, bem [...] a gente foi preparada pra cuidar e ver uma resposta boa, então quando ela não é boa à gente fica um pouco frustrada. Então quando você vê um paciente tendo alta e tendo uma qualidade de vida boa lá fora, então é tudo de bom pra gente (E5, p43).

Como para uma pessoa desinformada e para a sociedade como um todo o câncer é “uma ida sem volta”, ou seja, uma doença sem cura e sem perspectivas de melhora ou sobrevida, quando uma equipe de profissionais de saúde consegue êxito nesse tratamento tem-se a sensação de vitória sobre a doença.

De o paciente reconhecer saber que sou a pessoa que ajudou que fez aquilo pra mim isto que é a recompensa. E nestes dezoitos anos, por exemplo, a hora que eu vejo um menino que tratou aqui com dois três anos e dai a pouco ele volta, com vinte, vem e me dá um abraço, isto também é um prazer muito grande que é coisa rara na oncologia um paciente ter uma sobrevida assim grande, então este momento, quando ele existe, ele é muito especial pra gente, porque você ver um sobrevivente do câncer é muito bom. (E4, p43)

Cabe, nesse momento, um adendo a respeito da oncologia, que representa para o profissional uma escolha difícil e complexa. Esta escolha coloca o enfermeiro em posição de destaque, pois a oncologia é um campo complexo de conhecimento e, além disto, exige do profissional um alto equilíbrio emocional para conviver com o câncer, acabando por permitir que apenas sujeitos capazes de apreender tais conhecimentos e de suportar altas cargas de pressão permaneçam nesta área.

[...] às vezes as pessoas falam assim, nossa, mas que profissão ruim que você foi arrumar, hein? Nossa, mas que área que você escolheu [...] câncer [...] (E2, p.61)

Diante da complexidade da terapêutica do câncer e das manifestações de poder que permeiam a prática do enfermeiro oncologista, várias ações são pensadas e repensadas no intuito de promover uma assistência de qualidade e conseqüente sucesso no tratamento do paciente. Dentre estas destaca-se a

humanização da assistência de enfermagem como uma prática no cotidiano nas clínicas de oncologia.

Vários relatos dos entrevistados se referem ao ambiente de trabalho como um espaço de humanização da assistência, onde prevalece a visão de paciente como um todo, como um ser bio-psico-espiritual. Na assistência humanizada todas as necessidades do paciente são consideradas, desde as físicas até as espirituais.

É Centro de Quimioterapia e “Humano-Terapia”
Antiblastica. (E8, p.5)

De acordo com Costa, Lunarde Filho e Soares (2003), a assistência humanizada em oncologia se refere a uma prática assistencial construída e implementada junto a membros da equipe de saúde do Serviço de Oncologia sob a ótica da abordagem humanística e suas propostas metodológicas.

Desta forma, assistir o paciente levando em consideração todas as suas necessidades subentende-se o alcance de melhores resultados na terapêutica, o que corresponde, como já citado, à aquisição de mais poder na relação dos profissionais com o paciente e com a sociedade. Este fato leva ao orgulho e ao reconhecimento profissional dos enfermeiros, podendo ser uma das motivações para que os mesmos sintam prazer em desenvolver suas atividades profissionais nas clínicas de oncologia.

[...] é um ambiente que a gente preocupa muito com esta questão da humanização o tempo todo tanto para os funcionários, pra nós lá dentro da clínica quanto para os pacientes e familiares e claro, que com isto tudo o movimento está aumentando cada vez mais (E6, p.4).

Analisando os relatos dos enfermeiros oncologistas acerca dos elementos facilitadores do desenvolvimento de suas atividades cotidianas, os itens identificados referem-se aos aspectos relacionados às manifestações de poder no ambiente de trabalho. Isto leva à reflexão de como estas relações são

fundamentais para o bom desempenho das atividades do enfermeiro oncológico.

Em contrapartida, faz-se necessário perceber o alto grau de dependência entre as ações desenvolvidas pelos membros da equipe multidisciplinar em oncologia e as ações do enfermeiro. Provavelmente, qualquer desequilíbrio nestas relações entre os profissionais e outros sujeitos envolvidos no ambiente de trabalho influenciem diretamente no trabalho do enfermeiro de clínicas oncológicas.

Os dados da tabela 10 explicitam os aspectos apontados pelos enfermeiros como facilitadores do seu trabalho.

TABELA 10 – Facilitadores no trabalho do enfermeiro

Itens discriminados	%
Bom relacionamento na equipe de trabalho	89%
Autonomia profissional	33%
Facilidade de acesso / Comunicação com outros profissionais	33%
Respeito e valorização do enfermeiro	22%
Conquista do bem-estar / Melhora clínica e emocional do paciente	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Bons relacionamentos são referidos pelos entrevistados (89%) como um grande elemento facilitador no trabalho do enfermeiro, seguido por autonomia profissional (33%), facilidade de acesso / comunicação com outros profissionais (33%), respeito e valorização do enfermeiro (22%) e conquista do bem-estar e melhora clínica e emocional do paciente.

Levando em consideração que os itens citados pelos entrevistados na tabela 10 se relacionam com o sucesso das ações gerenciais do enfermeiro, excetuando a conquista do bem-estar e melhora clínica e emocional do

paciente, esta posição referenda os trabalhos de Mads (1998), que afirma que o papel gerencial do enfermeiro torna-se indispensável para o desenvolvimento do trabalho de toda a equipe multidisciplinar. Apesar de se aterem, ou tentarem se ater, à área assistencial, os enfermeiros têm consciência de que suas atividades gerenciais são essenciais para que se mantenha o funcionamento normalizado dos serviços e por isso sentem prazer quando a parte burocrática se desenrola sem problemas.

[...] não tem uma coisa específica não [...] mas, assim, por ter uma boa administração, conseguir fazer uma boa administração, conseguir com os meninos a ter um relacionamento bom, esses meninos são os auxiliares e técnicos de enfermagem, e conseguir uma equipe boa, e principalmente o respeito dos médicos. (E9, p.43)

Nesse contexto, a dedicação dos profissionais ao serviço e o reconhecimento profissional aos enfermeiros conferido por essa dedicação é expressa como um fator positivo do ambiente de trabalho. Neste aspecto, ser reconhecido na área oncológica está diretamente relacionado à dedicação ao trabalho devido à alta gama de conhecimentos necessários ao desenvolvimento da função, tanto no que diz respeito ao conteúdo teórico quanto à prática assistencial extremamente específica para a oncologia.

[...] me identifiquei muito com o setor, porque é um setor assim onde cê tem, cê tem por onde estar se dedicando e assim você vê o reconhecimento. (E5, p. 3)

Práticas e conhecimentos específicos do enfermeiro, como a punção de cateteres para aplicação de quimioterapia ou os cuidados para prevenir ou tratar o extravasamento de drogas antineoplásicas na rede venosa são ações que exigem muita dedicação deste profissional e que, em contrapartida, conferem reconhecimento.

[..]. o médico vem atrás da gente e pergunta: qual que você acha que deve ser feito?[..] pode fazer do seu

jeito [...] então é um reconhecimento muito grande dos seus conhecimentos. (E5, p.62)

A complexidade inerente a essas práticas de enfermagem, associada a uma necessidade de reconhecimento e empregabilidade por parte dos profissionais e às mudanças tecnológicas, traz uma grande necessidade de qualificação e de atualização constante. Devido ao alto grau de complexidade do serviço de enfermagem oncológica, faz-se necessária a educação continuada de todos os profissionais envolvidos neste serviço, o que demanda tempo e vontade de aprendizado conferindo também, por este motivo, um alto nível de poder nas relações estabelecidas por estes profissionais no ambiente de trabalho.

Esta necessidade de educação continuada é confirmada por meio de estudos de Morgan (1996) que se refere à especialização, trazida para a organização por meio da formação profissional, como um dos aspectos cruciais que representam fonte e base de poder.

Por isto, ao serem questionados sobre o ambiente de trabalho, 22% dos entrevistados considerou este espaço como um local de crescimento acadêmico e profissional, onde há possibilidade de trabalhar aprendendo, às vezes de forma coletiva, com o conjunto de profissionais que compõe a equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica.

[...] tá crescendo e crescendo todo mundo junto [...] todos os funcionários, crescendo juntos, a gente tem reunião clínica toda quarta-feira [...] aí, desde que eu entrei, eles sempre preocuparam muito pra gente estar participando de congressos, pra gente ir aprendendo né, então literatura contava muito e fui estudando e aprendendo com os funcionários no dia a dia né [...] e aí fui acrescentando aquilo que eu sabia de teoria né, [...] a partir daí, todas as rotinas de todos os procedimentos, a gente vem realizando este tempo todo. (E6, p.4)

Constata-se nos relatos, como exemplificado na citação acima, uma grande preocupação em que os membros da equipe sejam detentores de

conhecimento. Essa preocupação também é visível ao analisarmos as respostas que se referem às relações com terceiros na percepção da atuação profissional do enfermeiro.

O conhecimento é repassado no convívio entre os funcionários de maneira que o relacionamento entre eles possibilita apreensão de saber prático. Por esse motivo, dos enfermeiros pesquisados, em 33% dos relatos foi feita referência aos relacionamentos envolvendo atores sociais no ambiente de trabalho como um fator facilitador no desempenho de suas funções.

[...] aí eu entrei, fui aprendendo no dia a dia com os funcionários com os médicos, né, eles têm uma preocupação muito grande de tá crescendo e crescendo todo mundo junto não só os médicos né, não só a chefia, mas todos os funcionários (E6, p.4)

Nesta situação, a boa convivência e a troca de experiências na equipe multidisciplinar se tornam essenciais para o desenvolvimento dos processos de trabalho já que o desenvolvimento das funções profissionais na oncologia exige uma interdependência dos fazeres individuais para que haja sucesso na terapêutica do paciente.

Esse bom relacionamento, necessário para a atuação profissional, por vezes extrapola o ambiente de trabalho. A referência sobre relações de amizade no ambiente de trabalho aparecem nas falas de 22% dos respondentes, deixando transparecer a rede de relacionamentos que envolve os entrevistados no ambiente extra profissional.

Olha eu vim trabalhar aqui por que, eu sempre fui amiga da [...] Desde que nós fizemos o cursinho juntas, entramos na universidade juntas, nós temos amizade há muitos anos [...] a gente sempre manteve contato, aí quando eu queria mudar de área ela me convidou e eu vim pra cá [...] (E5, p.3)

As relações de amizade no ambiente de trabalho, principalmente na área de oncologia, se tornam significativas uma vez que ser ou tornar-se enfermeiro

oncologista significa fazer parte de um pequeno grupo já que esta é uma área muito complexa e restrita a clínicas especializadas - que perfazem um total de apenas 11 instituições em Belo Horizonte, segundo dados do Ministério da Saúde (2008).

[...] eu vim pra cá, ainda não sabia o que ia ser, mas eu vim [...] é fui muito bem recebida aqui, e me identifiquei muito com o setor (E5, p.3).

O bom relacionamento entre o enfermeiro e seus superiores, seus pares e seus subordinados pode significar uma forma de manutenção da ordem e do controle informal da sua importância no ambiente de trabalho.

Lá na clínica, o que acontece [...] a gente tem uma relação muito boa [...] como eu tava te falando, o tempo todo, a equipe está crescendo como um todo, a gente não tem esta dificuldade [...] (E6, p.24).

O enfermeiro se coloca como uma ponte entre as diversas áreas da organização e seu bom relacionamento com estas possibilita que se cumpra com eficácia essa exigência.

Olha [...] as facilidades [...] aqui a gente tem uma comunicação boa entre administração [...] os diretores [...] então, tudo que a gente quer padronizar, colocar algum material novo, algum equipamento novo, eles não fazem objeção nenhuma [...] então, este acesso é muito bom, né [...] eu acho que tudo fica mais fácil, né [...] e aí, é muito tranquilo aqui na clínica. (E9, p.24)

Associado a isso, o acesso e a comunicação com os outros profissionais é apresentado em 33% das respostas dos entrevistados como facilitador para o exercício de seu trabalho.

Boa facilidade é que a gente tem muito acesso aos médicos à equipe é bem entrosada, a gente tem um contato bom com o pessoal da Santa Casa também. (E3, p.25)

Eu particularmente não tenho dificuldade de administrar [...] com todos, com colegas, com o

funcionário, com os médicos, eu não tenho isso [...] (E8, p.25)

Mesmo lidando com pessoas de vários níveis de formação e de titularidades diferentes, em 89% dos relatos o enfermeiro oncologista se refere à manutenção de bons relacionamentos como facilitador de sua atuação. Sendo assim, é possível inferir que enfermeiros oncologistas utilizam-se do bom relacionamento com seus superiores, subordinados e pares como um mecanismo de manter, caso estejam em posição desejada, ou modificar sua posição nas relações de poder no ambiente de trabalho.

Fazendo menção aos estudos de Bourdieu (2000), onde este descreve o campo social como um ambiente de formas de poder distintas e desiguais, onde as correlações de forças ocorrem de acordo com os interesses dos atores em conservar ou transformar sua posição no campo, pode-se considerar que esta estratégia de bom relacionamento confere ao enfermeiro sua posição no campo-ambiente de trabalho.

A coisa boa eu acho é a gente conseguir enxergar resultados positivos. Mesmo trabalhando com as diferenças. Ah, eu acho que todo mundo está satisfeito [...] e assim, eu nunca nesses quatro anos como coordenação, nunca ouvi ninguém falar mal de mim [...] (E7, p.25)

Nesta perspectiva, pode-se inferir que o enfermeiro oncologista, apesar de fazer referências às facilidades no desenvolvimento de suas ações, procura estratégias para a manutenção de sua posição na hierarquia das relações de poder uma vez que elementos referidos como facilitadores, em situação de desequilíbrio na disputa por poder, podem se converter em elementos "dificultadores."

Estes aspectos colaboram a afirmativa de que, mesmo de forma velada, as relações de poder se manifestam no âmbito das clínicas de oncologia.

Observa-se também que, apesar de se referirem aos bons relacionamentos como facilitadores do exercício profissional, ao serem questionados sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento de suas funções, aparecem elementos como o “relacionamento interpessoal” e a “resistência de subordinados”“. Percebe-se então uma dualidade nas informações dos entrevistados, como se estes pretendessem velar as relações de disputas presentes no ambiente de trabalho, afirmando a hegemonia de seu poder nas organizações onde desempenham suas atividades.

Sendo assim, torna-se evidente que a variabilidade do comportamento humano em suas relações interpessoais leva a que existam essas dificuldades para adequação dos comportamentos.

As dificuldades [...] eu acho que não só para quem é gerente em enfermagem, não. Acho que é para qualquer setor, quando você tem uma equipe sobre a sua responsabilidade. Porque as pessoas são diferentes. Então, assim, você tem facilidades com algumas e mais dificuldades com outras. Então eu acho que o mais difícil [...] são os seres humanos. É você trabalhar as diferenças, é você chegar a um consenso e trabalhar aquilo legal. Muitas vezes a gente precisa chamar, gente vamos lavar a roupa suja aqui. (E7, p22)

Essas dificuldades de relacionamentos são tidas como obstáculos para a atuação, sendo necessário transpô-los para que o trabalho transcorra normalmente.

Dificuldades [...] é [...] às vezes de relacionamento interpessoal, não por minha parte, mas o ser humano, por si só, ele é difícil de lidar. Então, às vezes, a gente encontra um pouco de obstáculo em relação a isso. (E8, p.23)

Os conflitos entre o enfermeiro e sua equipe se fazem presentes e a resistência de subordinados representa uma manifestação de relação de poder entre estes atores.

As principais dificuldades, o que acontece, eu tenho que fazer uma visita num certo setor e tenho que dá [...] tá orientando, então às vezes eu tenho uma certa dificuldade de poder com funcionária, tem uma certa resistência, em querer fazer o certo e cê tem sempre que tá chamando atenção [...] se tá fazendo uma coisa totalmente errada, tem que chamar, aí fica uma coisa muito marcante repetir trinta [...] (E1, p.21).

Destaca-se no extrato que, por ter a função de uniformizar e padronizar os atendimentos por meio do repasse do conhecimento e das melhores práticas, o enfermeiro acaba por se indispor com alguns funcionários.

Percebeu-se, também, que não apenas a equipe precisa ser detentora de conhecimento, mas também o paciente que, sem colaboração e esforço, pode fazer com que o tratamento seja interrompido, boicotado ou até mesmo burlado.

Enfermeiros demonstram, por meio de relatos, a importância do repasse de informação ao paciente por meio de manuais informativos ou de conversas sobre o tratamento do câncer, no sentido de melhor orientá-los sobre todos os aspectos que envolvem a terapêutica. De certa forma, estas ações asseguram ao enfermeiro oncologista a manutenção da superioridade em relação ao paciente devido ao saber de que dispõe.

[...] é, fizemos também um manual pro paciente, né, e este manual a gente começou a distribuir pra eles tem uns seis anos. Agora a gente tá fazendo uma revisão deste manual (E6, p.4)

[... [se você não orienta passo a passo, como que ele procura o serviço no retorno dele, nas intercorrências [...] ele volta errado [...] ele não volta quando deveria [...] ele volta às vezes desnecessariamente, porque ele acha que vomitar pra ele é dor de cabeça [.] tudo o que o remédio causou, ele não vai saber que é só por isso [...] então, é a doença e não o remédio: “Então é doença e tenho de voltar”. (E8, p.20).

A posse de conhecimentos se traduz em um tratamento mais tranqüilo, com menos ansiedade e menos medo para o paciente, além de significar a valorização do enfermeiro como um profissional singular para o sucesso da terapêutica e, conseqüentemente, para o sucesso da organização da qual faz parte.

[...] então todos pacientes passam pela consulta de enfermagem né, quando vão iniciar o tratamento, e aí é onde a gente explica e [...] os efeitos colaterais da quimioterapia, como é que a quimioterapia é né [...] o que pode acontecer, porque que acontece, né [...] uma maneira de aliviar [...] a gente sabe que é um momento muito difícil pro paciente... (E6, p.4)

O saber do enfermeiro acerca do tratamento do paciente coloca-o em posição de superioridade uma vez que este depende não só das informações que o enfermeiro irá proporcionar, mas também da assistência e do cuidado do enfermeiro e da sua equipe para a concretização da terapêutica antineoplásica. Nesse sentido, o paciente tem uma relação de dependência com relação ao enfermeiro, aquele que possui o conhecimento.

Ainda em relação às respostas que compararam o relacionamento com terceiros na percepção da atuação profissional, a autonomia do enfermeiro no desenvolvimento de suas funções é considerada como muito importante pelos entrevistados.

[...] da autonomia da enfermeira oncológica [...] pra mim foi uma coisa que só ficou claro de um certo tempo pra cá, porque eu nunca tinha visto uma enfermeira com autonomia pra decidir [...] a gente sempre decidiu, mas dentro do nosso ambiente [...] aqui não, a gente consegue decidir muita coisa assim pra beneficio [...] então é um reconhecimento muito grande dos seus conhecimentos [...] (E5, p62).

Então não tinha essa autonomia que hoje a gente já tem. Então essa transição foi muito boa. (E8, p.5)

Olha, as facilidades [...] é que na clínica nós temos muita autonomia, a gerência, a administração, os donos, eles são super abertos e tem muito respeito

pela enfermagem, [...] temos toda a autonomia [...](E2, p.24)

Sendo assim, a autonomia profissional do enfermeiro também é citada como condição para o favorecimento da atuação do mesmo em seu cotidiano.

Deve-se, porém, analisar se a autonomia referenciada pelos entrevistados não significa, na verdade, uma estratégia da direção das clínicas de oncologia com o objetivo de manter o controle nessas organizações, indo ao encontro de Campos (1997) que afirma que não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle.

Ainda nesta perspectiva, Enriquez (2007) caracteriza a natureza do poder por meio de proposições, dentre as quais se encontra a afirmação de que a luta no interior das organizações é criadora de ansiedade. Esta pode ter como resposta a manifestação de desejos de fraternidade, o mascaramento da luta e a limitação racional do poder através da atribuição de tarefas e localização da autoridade.

Desta maneira, a autonomia do enfermeiro pode ser analisada sob forma de controle, mascaramento das disputas ou limitação de poder.

Assim, por meio de qualificações técnico-assistenciais, da experiência profissional na assistência em oncologia e das qualificações gerenciais, o enfermeiro percebe-se como um profissional capaz de realizar diversas atividades, diminuindo assim sua dependência de gestores, de sócios, de outros profissionais ou de atos médicos.

A isso associado, o respeito à atuação do enfermeiro é apontado por 22% dos entrevistados como facilitador do exercício profissional (ver tabela 10). Esse respeito e reconhecimento alcançados pelos enfermeiros em sua atuação são apresentados como suporte de sua autonomia profissional. Ser

reconhecido e respeitado é, para 56% dos entrevistados, fonte de prazer na profissão.

Mais prazer? Eu acho que é ver reconhecido o meu [...] como eu vou dizer [...] é ver reconhecido na equipe o meu conhecimento [...] É, eu gosto muito dessa parte [...] saber que eu faço diferença quando eu tô aqui. Às vezes você tira uma folga [...] “Nossa, mas você fez falta! Nossa, demorou!” [] É porque isso que é bom, saber que a gente é necessária. (E7, p.44)

O enfermeiro ganha voto de confiança mediante o respeito à competência previamente demonstrada e ao reconhecimento pelos bons serviços prestados.

[...] é muito bom você ver o reconhecimento de todos, né [...] o respeito que os outros profissionais têm pela gente, isso é muito gratificante, né [...] como você tá ali, tá escutando o paciente toda hora, você sabe definir direitinho pra ele o que é melhor [...] (E5, p. 25)

Essa autonomia também é percebida em momentos onde o enfermeiro é convidado a opinar sobre situações de seu conhecimento, demonstrando-se respeito pelas qualificações profissionais e pela competência do profissional de enfermagem.

É, as decisões a serem tomadas cada um na sua autonomia tem o direito de opinar e ser ouvido com certeza. (E1, p.10)

A autonomia da atuação dos enfermeiros oncologistas é ratificada quando os mesmos são inquiridos a respeito de outras percepções acerca de seu exercício profissional (tabela 7). Todos os entrevistados afirmaram ter autonomia proveniente da valorização do enfermeiro em oncologia, provavelmente devido aos saberes adquiridos no seu percurso profissional.

[...] porque eu nunca tinha visto [] uma enfermeira com autonomia pra decidir [...] a gente sempre decidiu [...] dentro do nosso ambiente [...] aqui a gente consegue decidir muita coisa [...] então é um reconhecimento muito grande dos seus conhecimentos [...] (E5, p.62).

Contudo, mesmo reconhecendo a autonomia profissional no ambiente de trabalho, a legitimação da atuação do enfermeiro diante da sombra do médico ainda é bastante complexa, sendo possível verificar esta situação por meio dos relatos dos entrevistados.

Enfermagem é uma prática muito difícil porque para muita gente nós somos considerados uma classe que não chegou à médica e também [...]. [sabe, aquela coisa intermediária?]. (E3, p.61)

Mesmo assim, 33% dos entrevistados afirmaram não ter quaisquer dificuldades no desenvolvimento de suas ações cotidianas, apesar das dificuldades aparecerem na maioria (55%) dos relatos. (tabela 8).

Super tranqüilo [...] Não tenho problema nenhum com ninguém. (E8, p.32)

[...] dificuldade, eu não sei, porque aqui é tão bom de trabalhar, tão tranqüilo, né [...] eu acho que eu não vejo muita dificuldade aqui não, porque, como disse, tudo que a gente pede eles dão com maior prazer [...] aqui na clínica é muito bom [...] isto é muito bom (E9, p.22)

Em outros momentos, o entrevistado, em sua negação da existência de dificuldades na atuação profissional, utiliza-se de uma racionalização demasiada, como que para convencer a si mesmo que não existem mesmo dificuldades. Tenta, assim, dizer para si mesmo que o que quer que aconteça será possível ser resolvido.

Ah eu não vejo dificuldades não. Eu acho que dificuldades a gente encontra, mas são coisas que a gente consegue resolver também, eu não vejo muita dificuldade não. (E4, p.21)

Percebe-se, então, uma contradição nos relatos dos enfermeiros pesquisados, levando a acreditar que a ausência de dificuldades objetiva o mascaramento das relações de poderes existentes entre os sujeitos. Este fato corrobora os estudos de Souza e Lisboa (2002) que afirmam que no universo

hospitalar existem fortes relações de poder, no sentido de determinar qual categoria profissional se encontra em posição de destaque e prestígio.

Possivelmente devido à complexidade das ações cotidianas do enfermeiro oncologista, bem como das manifestações de relações de poder no ambiente das clínicas oncológicas, alguns sentimentos e percepções dos entrevistados acerca do exercício profissional demonstram a sobrecarga de trabalho e o desgaste provocado pelas constantes manifestações destas relações, levando ao cansaço e desestímulo por parte destes profissionais.

[...] mais cansada [...] é, sinto falta desta dedicação [...] que a gente tem que ter oito horas diárias, né [...] e você acaba não conseguindo desligar totalmente, você leva pra casa, né [...] você sonha com o paciente, sonha que [...] (E5, p.27)

O acúmulo de funções é observado como grande causador dessa sobrecarga. A exigência tanto de funções gerenciais como de funções assistenciais e sua urgência levam o profissional a sobrepor tarefas.

[...] às vezes tenho uma certa dificuldade porque de dar conta de tudo, né, então acaba que eu faço tudo ao mesmo tempo (E6, p.28)

Assim, após apresentado o cotidiano dos enfermeiros e a sua percepção a respeito, tanto de sua atuação como de si mesmo atuando, passaremos a discorrer a respeito das relações de poder nas quais os mesmos se inserem.

7 O ENFERMEIRO E O PODER NO AMBIENTE HOSPITALAR ONCOLÓGICO

O ambiente hospitalar oncológico, como se percebe através dos depoimentos dos enfermeiros nas seções anteriores, é constituído por uma grande variedade de atores sociais e de situações em que esses atores exercem poder uns sobre os outros, geralmente assimetricamente. Ademais, as atividades e os mitos das profissões envolvidas são responsáveis por movimentos específicos do poder nessas organizações.

Esta idéia é compartilhada por Lima e Bastos (2008) que pontuam os resultados das relações de poder nas organizações de saúde de acordo com a capacidade de negociação, os interesses e os objetivos dos sujeitos envolvidos.

Nesta perspectiva, quando a negociação é cooperativa e os interesses são distintos, mas o objetivo é comum, o resultado seria uma disputa positiva pelo poder. Quando se tem interesses opostos geralmente a negociação é conflituosa e tem-se resultado nulo. E quando a negociação é mista, com interesses combinados, chega-se a resultados mesclados.

Diante disso, iniciaremos pela identificação e análise do poder formal, estabelecido pela hierarquia ou pela percepção desta, e em seguida passaremos a estudar o poder informal e as redes de influência na organização.

Ao serem questionados onde os enfermeiros se encontram na estrutura hierárquica das relações de poder no ambiente de trabalho, os entrevistados se referem, com igual frequência na Tabela 11 (67%), sobre estar “na coordenação do serviço de enfermagem” e “na assistência de enfermagem ao paciente oncológico”. Isso indica que as situações de poder vivenciadas pelo

enfermeiro têm relação direta com a dupla função exercida pelo mesmo (gerencial e assistencial). Indica, ainda, uma forma de angariar mais poder nas relações de trabalho que se constroem nas clínicas de oncologia (ver tabela abaixo).

TABELA 11 – Percepções dos Enfermeiros acerca da Estrutura hierárquica nas clínicas pesquisadas.

Itens discriminados	%
Na coordenação	67%
Na assistência	67%
Ao lado dos outros enfermeiros	44%
Abaixo dos Diretores e da Administração	33%
Abaixo do Proprietário / Diretor	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Além disto, pouca referência é feita pelos entrevistados sobre esta posição hierárquica de poder em relação aos outros sujeitos envolvidos. Apesar da multiplicidade de inserções hierárquicas, não são feitas referências a outros profissionais que não o próprio enfermeiro, em contraposição às respostas (33%) envolvendo proprietários, diretores e administradores. Informar, de forma velada, as relações presentes, pode significar o desejo da não formalização da real estrutura de relação de poder vivenciada pelos enfermeiros oncologistas.

O sentimento dos enfermeiros a respeito do lugar que ocupam na hierarquia do poder é demonstrado por alguns profissionais de maneira bem clara: um hibridismo entre o gerencial e o assistencial, levando a crer que exista uma retro alimentação dessas atividades.

Eu passo o dia, a maior parte do dia na assistência, eu divido funções com as outras enfermeiras. Mas eu respondo também pela parte administrativa da enfermagem [...] É [...] Porque eu penso assim eu tenho de coordenar, mas eu tenho de saber o que está

acontecendo, então eu acabo dividindo também porque eu gosto. (E7, p.8)

Em alguns casos, ocupar um cargo de chefia parece funcionar como um reconhecimento pela antiguidade no serviço e, portanto, um prêmio ao profissional. A autoridade conseguida pelo enfermeiro quando passa a coordenar a equipe é oriunda de sua atuação assistencial.

Eu fui à primeira enfermeira que foi contratada aqui pra equipe, então já tem dezoito anos que estou aqui por isto estou no cargo de coordenadora, então hoje eu sou responsável pelo meu serviço de coordenação, divido espaço com mais duas enfermeiras [...] (E4, p.7).

Concomitantemente o fato do enfermeiro estar ao lado do paciente em tempo integral da assistência e possuir habilidades para detectar sinais de intercorrências, além de possuir qualificações para intervir nestas situações, resultam no reconhecimento da importância deste profissional para todos os sujeitos envolvidos no processo.

Eu gosto de assistência ao paciente, então eu fico na sala de soro o tempo todo, e eu fico supervisionando e administrando as drogas [...] o tempo todo de olho ali no paciente. (E5, p.7) (fala deslocada)

Dessa forma, o enfermeiro se utiliza de um determinado poder adquirido para adquirir mais poder, mantendo um ciclo virtuoso em suas atuações.

Este fato pode ser confirmado por estudos de Morgan (1996) que afirma que o poder é um caminho para o poder, podendo ser usado para adquirir mais poder, tornando-se um investimento útil em dias tempestuosos.

Contudo, a posição conseguida na hierarquia formal da organização através do cargo de chefia por vezes é negada ou contestada. O enfermeiro ocupa esse lugar por que, segundo os entrevistados, alguém tem que ocupá-lo.

Olha hoje eu sou coordenadora [...] a gente é uma equipe de 12 pessoas, três enfermeiras e nove técnicas e auxiliares. Eu falo: somos três enfermeiros porque são três enfermeiras de assistência, eu tenho o cargo de coordenação porque ele é necessário, alguém tem que responder pela equipe. Mas eu faço a questão da assistência também. Então eu divido bem o meu horário. (E7, p.8)

Corroborando com isso, 44% dos entrevistados se colocaram em posição de paridade com os outros enfermeiros da equipe. Apesar de ocupar o cargo de gerência de enfermagem, o que significa uma posição hierarquicamente superior à dos outros enfermeiros, o enfermeiro gerente se coloca em situação de igualdade nas relações de poder, mesmo legalmente uma instituição de saúde só possa ter um enfermeiro responsável técnico pelo serviço.

Nós somos três enfermeiras [...] as três assumem papéis extremamente semelhantes. Com pouquíssimas diferenças [...] O que ela assume de manhã, eu assumo à tarde dando seqüência [...] (E8, p.8)

Aqui na clínica nós somos duas enfermeiras com nível superior [...] e eu sou a coordenação, juntamente com ela [...] trabalho aqui de 8 as 18 h, e ela das 10 as 20 h [...] em todo horário de funcionamento da clínica tem uma enfermeira coordenadora no caso de atendimento. (E2, p.6)

Este fato pode estar relacionado ao corporativismo que permeia muitas relações profissionais, incluindo os enfermeiros. Sendo assim, um enfermeiro não se permite estar em situação de superioridade em relação ao seu colega, como se esta desigualdade pudesse ferir as relações entre os pares.

Por outro lado, 33% das respostas colocam os enfermeiros abaixo dos diretores e da administração. Este fato corrobora o desejo de superioridade do enfermeiro em relação aos outros profissionais da equipe de saúde, seus pares: médicos, farmacêuticos e outros profissionais graduados

[...] a partir do momento que eu entrei, parece que se formou mais uma equipe [...] São dois diretores que são

os donos, né [...] depois deles tem administração, depois da administração tem a enfermagem [...] (E9, p7).

Então eu sou a coordenadora da clínica em relação da enfermagem eu que sou a responsável, né [...] então, tem os diretores, clínico, financeiro, e técnico, tá [...] tem a administradora geral e, em termos de chefia, aí vem a chefia dos setores, no caso da enfermagem, eu sou a coordenadora. (E6, p.7)

Nota-se que, mesmo que alguns profissionais neguem a importância dada ao exercício da gerência, até mesmo como forma de exercê-la, esse exercício está conjugado com a existência de interesses. Nesse caso, a partir da demonstração de interesse o enfermeiro assumiu a função administrativa e galgou seu lugar na organização.

[...] vou falar primeiro da hierarquia [...] logo que eu entrei aqui na clínica era assim, a enfermagem era um pouco deixada de lado né, eu não sei por que [...] as outras enfermeiras não devem ter demonstrado interesse, né [...] (E9, p.7)

Em 11% dos relatos os enfermeiros afirmam estar, na estrutura hierárquica das relações de poder abaixo do proprietário ou do diretor. Isso coloca mais uma vez o desejo do enfermeiro de estar em condição de superioridade em relação a todos os outros profissionais da equipe multidisciplinar de oncologia e da administração. Como se a mera exclusão de seus pares e de outros profissionais de seus relatos o colocasse em condição de superioridade nas relações de poder.

[...] na condição da enfermagem aqui, o gerente tá abaixo do dono, do proprietário [...]. [nós somos o mesmo paralelo da administração [...] talvez até um pouquinho acima (E1, p.6)].

Ao emitir esta percepção o enfermeiro deixa transparecer sua posição no ambiente hospitalar, afirmando ter uma importância quase que imprescindível para o funcionamento do serviço de oncologia.

Acredita-se que o enfermeiro realmente seja detentor de um saber e um fazer imprescindíveis na equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica, porém as ações dos profissionais envolvidos na assistência em oncologia têm um aspecto de complementaridade, com funções distintas, não possuindo caráter de maior ou menor importância entre si.

Hierarquicamente os enfermeiros entrevistados se colocaram em posição de destaque nas relações de poder nas clínicas oncológicas. Este fato parece estar em conformidade com os relatos de Pitta (1991) que afirma que, por ser a enfermagem uma área relacionada diretamente com a tomada de decisões em níveis hierárquicos, em algumas instituições o poder do profissional enfermeiro é conseguido e defendido, enquanto em outras sobressaem interesses diversos, como o lucro e a mercantilização da medicina.

Passaremos agora a discutir sobre as redes de influência e as relações que se estabelecem na equipe multidisciplinar de oncologia.

Setenta e oito por cento (78%) dos entrevistados afirmaram exercer influência no ambiente de trabalho “através de atividades administrativas/burocráticas”. Este fato pode ser explicado pelo grande tempo despendido pelos enfermeiros em suas atividades de coordenação.

TABELA 12- Manifestações de Influências de enfermeiros no ambiente de trabalho

Itens discriminados	%
Através de atividades administrativas / burocráticas	78%
Através da assistência ao paciente	33%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A Soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos Entrevistados darem mais de uma resposta.

A capacidade de argumentação e convencimento foi alegada por alguns para o exercício da influência no ambiente de trabalho.

[...] então, a gente tem essa autonomia. Lá dentro, material que foi comprado, material de consumo, material médico-hospitalar, e aí as compras [...] então a gente tem esse poder também, com argumentos. Como tudo na vida, você tem que ter argumento [...] (E8, p.58)

Em outros momentos o poder de veto é utilizado, direta ou indiretamente, em situações onde os interesses da enfermagem estejam colocados em cheque, demonstrando as possibilidades de influência desses profissionais.

Eu acho que a gente determina algumas coisas [...] é a capacidade da gente enxergar que aquilo ali não é viável, na tomada de decisão: “não, isso não vai ser feito assim por isso, isso e isso.” [...] eu acho que é nessa hora. (E7, p.58)

Particularmente pela minha posição [...] estou em reforma [...] eu determino se vou permitir ou não que o pedreiro vai entrar que o barulho vai ou não acontecer, que a poeira vai ter [...] então, muda-se o horário de funcionamento do pedreiro, da equipe [...] tudo muda. Porque nós enfermeiros aqui dentro é que temos de assistir o paciente [...] tem de ter condições mínimas para assistir o paciente [...] então a agente determina [...] (E8, p. 58)

A presença da enfermagem em momentos de certificação das instituições, bem como sua atuação nesse sentido é apresentada como determinantes para o funcionamento e a manutenção dos serviços das clínicas.

[...] a parte burocrática da clínica, o funcionamento da clínica, alvará sanitário, o PGRSS, é você emitir o PPRA [...] acaba que a enfermagem faz isso tudo, então a clínica funciona por causa da enfermagem [...] eu penso assim [...] e a parte assistencial também [...] (E1, p.56)

O exercício de influência pelo enfermeiro em seu ambiente profissional foi conferido, por 33% dos entrevistados, à assistência ao paciente (ver tabela 12). Essa influência é relatada em função da maior presença desse profissional junto ao paciente e mesmo dentro do hospital. O enfermeiro interfere em todos os processos da assistência ao doente.

Ah [...] por a gente estar muito presente nestes ambulatorios, a gente tem muito mais como tá agilizando, resolvendo problemas que poderiam estar surgindo [...] então, cê tando lá, cê tando disponível, você vai agilizar muito mais coisas, você vai evitar muito mais coisa, desperdício [...] você vai tá orientando um acompanhante ou familiar [...] então isto é com muita frequência [...] (E5, p. 57).

Além disso, o enfermeiro interfere diretamente nos tratamentos efetuados e entregues aos pacientes, através da influência sobre os médicos em seus procedimentos. As relações enfermeiro-médico e médico-enfermeiro serão tratadas mais à frente.

É nisto que eu acabei de te falar, né [...] o paciente relatou um efeito colateral grande, a gente tenta interceder junto ao médico pra melhorar aquele efeito colateral dele... (E9, p.57)

As afirmações dos entrevistados sobre a influência de enfermeiros no contexto hospitalar relaciona-se com a gama de funções deste profissional, concordando com Haddad (1998), segundo o qual o enfermeiro, por exercer atividades que requerem atenção constante, no contexto assistencial ou administrativo, solucionando as intercorrências, em situações críticas envolvendo seres humanos, tem influência direta em seu ambiente de trabalho.

Como discutido na seção anterior, o enfermeiro tem função de ligação entre as diversas partes da equipe multidisciplinar, coordenando suas atividades. Dessa forma, o relacionamento do enfermeiro com estas partes e com os diversos atores diz também do seu poder de influência sobre os mesmos na medida em que, para influenciar, como já mencionado, o enfermeiro busca manter bons relacionamentos na equipe.

A análise das relações de poder que se segue será dividida pelos grupos de interesse com os quais o enfermeiro se relaciona na organização, a saber:

- Superiores hierárquicos, diretores e sócios;
- Pares e membros da equipe multidisciplinar;

- Médicos;
- subordinados
- Pacientes.

O médico será tratado separadamente por representar um tipo de relação diferente e por, em alguns momentos, incorporar o poder da organização hospitalar em si.

Em sua relação com os superiores hierárquicos observa-se uma grande aproximação entre as partes, expressa em 167% das respostas, indicando (pelo fato de extrapolar os 100%) que o tema foi recorrente e que esse fato foi repetido ou ressaltado.

TABELA 13 – Relacionamento com superiores

Itens discriminados	%
Bom relacionamento	100%
Fácil acesso aos diretores	67%
Respeito à enfermagem	33%
Estímulo à qualificação profissional dos enfermeiros	33%
Autonomia da enfermagem	22%
Valorização da enfermagem	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Mesmo considerando que qualquer profissional deve manter boas relações no ambiente de trabalho, nem sempre essas boas relações se estabelecem no cotidiano de trabalho. A aproximação que os entrevistados alegaram ter com suas chefias pode ser indício de certa estratégia para aquisição de maior poder na organização em relação aos outros sujeitos envolvidos.

Ah [...] o nosso relacionamento é bem tranquilo, a gente é bem próximo, porque eles atendem aqui. São vários

sócios, então todo mundo é bem direto. O relacionamento é bem tranqüilo. Bem próximo. (E3, p33)

Muito bem [...] o relacionamento nosso é muito bom, são doze médicos donos da clínica ai. (E4, p33)

Por vezes a relação profissional é superada pela relação pessoal. Assim, sendo membro da rede de relacionamentos pessoais do dono da clínica, o enfermeiro passa a ser mais digno de confiança e passa a ter mais acesso a decisões do que teria normalmente.

Muitíssimo bem. Totalmente. Tem 14 anos que eu tô com eles, então é uma vida aqui. (E8, p.34)

Ah [...] o nosso relacionamento é muito bom. Existe até certa brincadeira [...] Eu gosto dele. Mas assim, é super tranqüilo. (E7, p.34)

Por outro lado, considerando-se a ótica do superior hierárquico, é confortável delegar atribuições e responsabilidades aos enfermeiros, pois estes profissionais, por estarem o tempo todo tentando se superar, possuírem competências e conhecimento do negócio e do atendimento, ainda costumam menos que a mão de obra médica em termos de remuneração.

A gente tem um relacionamento muito próximo, eles confiam muito, eles admiram muito o trabalho da enfermagem, né [...] então, pra eles assim, é o cargo chefe mesmo da clínica junto com eles, eles sabem que a enfermagem é uma enfermagem de qualidade, e que vai realmente caminhar com a clínica [...] (E6, p.34)

Sendo assim, é possível inferir que o bom relacionamento e o fácil acesso que os enfermeiros têm em relação aos seus superiores podem significar uma estratégia destes dirigentes para manter o controle e atingir bons resultados. Esta hipótese vai de encontro às considerações feitas por Faria (2004), segundo o qual o poder é a capacidade de assegurar o cumprimento de obrigações impostas pelas unidades, em um sistema de organização coletiva, onde o incentivo pode ser uma prática para o exercício do poder. Isto significa que incentivar a atuação profissional do enfermeiro por meio de bons relacionamentos e acessibilidade resulta em satisfação para estes

profissionais, traduzindo-se em trabalho realizado com afinco e bons resultados.

A delegação de atribuições e responsabilidades ao enfermeiro (pelos diretores das clínicas) é registrado em 22% dos relatos dos enfermeiros entrevistados nos relacionamentos com seus superiores.

Tranqüilo [...] tenho autonomia do dono da clínica pra tomar certa decisão, às vezes eu já tomei a decisão e ligo pra ele, e ele diz: [] tudo bem, está resolvido [...] (E1, p.33).

De maneira geral, a capacidade e competência profissional do enfermeiro oncologista e sua preocupação em se manter atualizado o legitimam nas relações de poder no âmbito das clínicas de oncologia. Essa preocupação em se manter atualizado no que concerne à terapêutica oncológica, além de ser algo constante no discurso dos entrevistados, foi aferida como necessidade prioritária do setor e como exigência dos donos e sócios para com os profissionais entrevistados.

Igual eu falei anteriormente, uma relação muito boa [...] eles são extremamente acessíveis, eles estimulam a gente a estudar, então quando eu fui fazer a pós-graduação em oncologia eu tive a liberação daqui da clínica né, então, assim, eles estimulam a gente o tempo todo a estudar, a apresentar trabalho [...] liberam a gente pra congresso palestras [...] (E9, p33).

O extrato de entrevista acima vai ao encontro a estudos de Dutra (2001) que considera haver uma relação íntima entre as competências organizacionais e individuais, portanto, as competências individuais devem ser estabelecidas de maneira vinculada à reflexão das competências organizacionais, já que elas são influenciadas mutuamente.

Os profissionais são estimulados a se qualificarem e se atualizarem nos conhecimentos de oncologia sendo questionados por não serem detentores do

conhecimento a respeito dos tratamentos mais avançados disponibilizados nos encontros científicos da área.

[...] há a preocupação muito grande então [...] de participar dos congressos e tudo [...] sabe, a gente faz questão de participar dos congressos, sempre que tem aqui em Belo Horizonte e tudo [...] A clínica paga todos os treinamentos, a gente faz treinamento também lá na clínica né, atualmente mensal [...] (E6, p.34)

[...] eles liberam a gente pra poder participar de congresso, simpósio, incentivam o estudo [...] (E5, p.33)

Em alguns momentos os custos com a qualificação são cobertos pelas próprias clínicas, demonstrando a importância de possuir os conhecimentos mais atualizados no ramo.

[...] por isto a preocupação muito grande, então não só eu de participar dos congressos e tudo a equipe também os funcionários, os técnicos de enfermagem também sabe a gente faz questão de participar dos congressos sempre que tem aqui em Belo Horizonte e tudo [...] A clínica paga todos os treinamentos, a gente faz treinamento também lá na clínica, né, atualmente mensal porque é uma exigência da ONA, né, então são registradas. (E6, p.34)

Faz-se necessário, também, discutir a respeito da ação de instituições externas à organização como fonte de pressão e de regulamentação. Na medida em que a atualização em conhecimentos de oncologia se torna uma exigência dos órgãos reguladores, as clínicas se vêem na obrigação de incentivar a qualificação de seus funcionários.

O conhecimento acerca de uma temática mitificada socialmente no rol das doenças perniciosas, bem como a tranquilidade em prestar assistência em uma área biomédica de alta complexidade confere ao enfermeiro oncologista uma relativa superioridade em relação aos profissionais de áreas de média e baixa complexidade. Essa superioridade pode ser observada tanto em relação ao paciente quanto à sociedade, que atribuem àqueles certo grau de prestígio acadêmico e social. Dessa forma, mesmo que inconscientemente, os enfermeiros se aproveitam dessa pressão externa à organização para

aumentar seu poder, uma vez que o conhecimento legitima o poder nesse ramo da terapêutica.

Esta afirmativa vai ao encontro de estudos de Foucault (1987), onde o poder encontra-se sempre ligado à arqueologia dos saberes, sendo que o poder possibilita o controle, o registro e o acúmulo de saberes sobre os indivíduos.

Ainda a respeito da relação entre o enfermeiro e seus superiores, 44% dos entrevistados demonstraram sentir-se valorizados e respeitados por seus superiores. Pode-se notar que esse valor percebido pelos profissionais está associado, em alguns casos, ao fato de serem chamados a opinar junto à chefia sobre assuntos técnicos e/ou gerenciais.

Muito bem, assim são pessoas super abertas, são pessoas que sempre respeitam a enfermagem, são pessoas que se a enfermagem fala, eles avaliam e apóiam [...] é super tranquilo, é um lugar bom de trabalhar porque você sabe que tem valor. (E2, p.33)

Tem muito respeito assim [...] como é recíproco o respeito [...] eles tratam todo mundo aqui muito bem, e tem muito respeito por todas nós enfermeiras, então o relacionamento é muito bom. (E5, p.33)

Sendo assim, a análise das relações de poder dos superiores em relação aos enfermeiros remete a Foucault (2004), que se refere a manifestações que tendem a contribuir para conotações positivas e disposições favoráveis. O poder seria forte porque produziria efeitos positivos ao nível do desejo, sendo este o desejo dos enfermeiros em serem valorizados, respeitados e estimulados ao trabalho, em um ambiente de bons relacionamentos.

Em relação aos pares, observou-se que existem referências de situações de convívio amigável entre as partes. Este fato pode ser confirmado por meio dos relatos de Lima e Bastos (2008) que indicam a comunicação e a negociação como instrumentos decisivos na gestão hospitalar, sendo necessária à manutenção de uma posição centrada diante dos problemas

organizacionais. Nesta perspectiva, para manutenção de sua posição nas relações de poder fazem-se necessários bons relacionamentos, diálogos, consenso e superação de dificuldades entre enfermeiros e sujeitos envolvidos nas suas relações.

TABELA 14 – Relacionamento com os pares no ambiente de trabalho

Itens discriminados	%
Bom relacionamento	89%
Autonomia	78%
Diálogos	44%
Reuniões	44%
Respeito	33%
Superação de dificuldades / Consenso	33%
Vínculo inter-setorial / Dependência	22%
Sem Problemas	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Desta forma pode-se notar a afirmação de que o relacionamento entre os pares, ou seja, os profissionais pertencentes à equipe multidisciplinar, é bom, sem transtornos.

Ah muito tranqüilo, nós temos uma relação muito boa.
(E9, p.30)

Super tranqüilos. Não tenho problema nenhum com ninguém. (E8, p.32)

Bom. Em todos os sentidos, em sentido técnico, em sentido de funcionário [...]. [Hoje também a gente tá vivendo uma fase muito boa deste relacionamento [...]] é tudo tranqüilo]. (E4, p.31)

Diálogos, reuniões, brigas, atritos e discussões são considerados pelos respondentes como forma de se adequar os comportamentos e de se chegar aos resultados comuns. Porém, segundo os enfermeiros, esses desentendimentos não implicam em que os relacionamentos sejam ruins.

Eu acho que nós fazemos várias reuniões, certo, porque se precisa esclarecer algum fato chama todo mundo senta e conversa. Se tem alguma pendência ali, a gente senta pra resolver ou manda e-mail, não há problema com relação à equipe. (E1, p. 30)

Bem [...] nós nos relacionamos muito bem [...] reunimos [...] nós temos grupos de melhoria [...] a gente tem indicadores e tudo, então a gente tem reuniões, a gente reúne, a gente debate, discute o que pode ser melhor no processo e tudo [...] (E2, p30)

Ótimo. Quando tem de brincar a gente brinca, quando tem de brigar a gente briga. A gente senta, oh tá acontecendo isso, não estou gostando, tá mandando a seringa desse jeito, tá soltando a tampa, tá vazando remédio na conexão então assim no dia a dia vai ajustando essas coisas. (E7, p.32)

O consenso, o diálogo e a superação são apresentados como formas de se driblar as divergências de interesses no ambiente de trabalho. A tabela de número 15 evidencia que em 178% dos relatos estes elementos são referenciados como formas de manifestações de relações de poder, sendo que em apenas 11% dos relatos há referência à ausência de divergências no ambiente de trabalho. Estes dados reforçam estudos de Morgan (1996) que se refere à combinação de fatores que oferecem ao individuo oportunidades de utilizar suas bases de poder, sendo estes aspectos cruciais para as fontes de poder nas organizações.

TABELA 15 – Divergência de interesses no ambiente de trabalho

Itens discriminados	%
Diálogo	89%
Consenso	67%
Superação	22%
Não há divergências	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Nesta perspectiva, sentar e conversar são uma das formas de se superar as dificuldades.

[...] a gente senta e discute os prós e os contras, os custos e benefícios. E aí ele vai expor o motivo lá dele, o fato negativo dele contrário à minha posição e eu vou colocar os fatos positivos [...] aí a gente entra no meio termo aí. (E1, p46)

A gente senta e conversa, e resolve. (E5, p47)

É, a gente senta [...] porque assim é o nosso foco [...] é o paciente [...] atender da melhor forma possível, com rapidez, porque a gente sabe que pro paciente estar ali é muito difícil [...] com eficiência o tempo todo [...] minimizando o erro o tempo todo, porque a gente sabe que errar é humano, mas numa área desta, uma área da saúde, é complicado [...] então o foco o tempo todo é o cliente [...] (E6, p47)

Os atritos entre os profissionais por vezes geram situações de desconforto que podem prejudicar tanto a organização quanto o paciente que depende do atendimento.

Este fato comprova que, de acordo com Souza e Lisboa (2002), as relações intersubjetivas no ambiente hospitalar são difíceis, pois existe o aspecto da valorização que todos os profissionais buscam, além da necessidade de conquista de espaço no processo de trabalho.

Olha, nunca aconteceu comigo uma situação dessa forma. Já aconteceu, claro, eu não concordar com determinado fluxo do serviço e o outro profissional achar que aquele fluxo era melhor. Eu particularmente falo assim: “vai lá, senta lá e vê como funciona [...] depois a gente conversa.” Às vezes que já aconteceu, e foi assim que eu administrei [...] é sempre assim. (E8, p.47)

[...] a gente tenta conversar, porque às vezes cada um tem uma opinião, uma versão, mas dificilmente a gente entra em um atrito [...] Na verdade, acho que nunca houve um atrito assim que não tivesse solução. (E3, p. 46)

Existe, é lógico, né, isto sempre existe. Mas a gente faz reunião mensal toda terça feira à noite, a gente tem reunião, então estas coisas todas são resolvidas na reunião [...], por exemplo, nem todo material que compra aqui talvez seja assim 100% de aceitação da equipe toda, mas a gente senta pelo menos pra tentar fazer o melhor [...] pra agradecer pelo menos um pouco todo mundo [...] então, isto aí também nós já estamos superando também (E4, p.47).

Por outro lado, essas afirmações contrastam frontalmente com aquelas que não admitem a existência de divergências de interesses no seio da organização.

Não divergência de interesses não, porque aqui o funcionamento é comum [...] tudo é dialogado e conversado, e a gente chega a um senso em comum, que é o bem estar do paciente, o que vai ser melhor pra ele, pra segurança dele, pra confiabilidade dele, e pra certeza da confiança dele neste tratamento. Disputa, tipo assim, um querendo passar o outro pra trás? Não, pelo contrário, é um ajudando o outro, é um incentivando o outro, e trocando figurinhas de experiências [...] (E2, p. 46)

O próprio fato de aparecer no extrato de relato da citação acima a necessidade de diálogo para se atingir um ponto comum já leva à inferência da existência de relações de confronto e divergência de interesses. Os possíveis atritos entre os pares são encobertos pelas afirmativas de diálogo para solução de problemas.

Eu nunca passei por uma situação desta aqui. Aqui a gente nunca teve deste problema (E9, p.46)

Mesmo com os possíveis atritos, os relacionamentos são mantidos num nível amigável entre os demais profissionais e o enfermeiro, como pode ser observado no relato abaixo.

[...] o relacionamento humano tem as horas de atrito, mas com certeza na maioria, o que prevalece são os momentos bons, reconhecimento [...] é são muito bons os momentos [...] a gente tem muita conversa, a gente tem muito contato bom, a psicóloga, por exemplo, que tá muito perto da gente [...] a gente tem muito tempo pra tá

conversando, tá trazendo coisas [...] a farmacêutica também, com quem a gente ta, né, ela tá sempre do lado da gente [...] então a gente tem momentos muito bons. (E5, p.31)

Entretanto, em alguns momentos, a legitimação da autoridade do enfermeiro por parte dos superiores hierárquicos leva a que os demais profissionais evitem o choque com ele. A fim de se manter na organização e de não se indispor com as chefias superiores, os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar tendem a evitar o confronto direto com os enfermeiros pelo fato de estes possuírem maior liberdade, autonomia e autoridade vinda da chefia e conseqüentemente poder para influenciá-la.

A gente, como eu tô te falando, tem um relacionamento muito bom. E como você tem um respeito muito grande dos dois donos entendeu? Então [...] igual eles falam: oh, a parte da enfermagem eu não me meto, aqui no ambulatório quem define são vocês, então as chefias de enfermagem resolvem! (E6, p.31)

Nesse sentido, cria-se um “habitus”, como referido por Bourdieu (2000), onde o simbolismo do enfermeiro no campo gera uma conduta adequada dos outros sujeitos envolvidos no ambiente de trabalho. Sendo assim, os novos funcionários devem aprender e se adequar à relação existente para se manter no jogo.

Então a gente não tem este problema entendeu, porque acaba que quem entra tem que ter a mesma relação né [...] uma relação muito aberta [...] a gente não tem dificuldade [...] (E6, p.31)

Ao analisarmos a tabela 16 a seguir, podemos identificar que os sujeitos envolvidos nas clínicas de oncologia - médicos, farmacêuticos, subordinados ou membros de equipe de serviços gerais - representam para 55% dos entrevistados os grupos de maior dificuldade de relacionamento.

TABELA 16 – Grupos de maior dificuldade de relacionamento

Itens discriminados	%
Nenhum	44%

Médicos	22%
Farmácia	11%
Limpeza	11%
Subordinados	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: * Soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Os enfermeiros afirmam que a sua dificuldade de relacionamento com a farmácia está relacionada ao não atendimento das requisições de medicamentos a contento.

Acho que para nós, a farmácia. Porque ela tem que nos atender e muitas vezes elas não conseguem compreender o que a gente pede. Então, elas sabem sobre o medicamento, mas a gente que cuida do paciente [...] então tem necessidades além, o que ela às vezes boicotam, sem poder [...] (E3, p.38).

Nesse sentido há de se ressaltar que, como a quantidade de medicamentos consumida em tratamentos de quimioterapia é muito grande, os farmacêuticos e as farmácias nas clínicas oncológicas possuem um papel diferenciado. Estabelece-se, dessa maneira, uma relação de dependência entre as enfermarias e a farmácia, mais profunda do que em outras atividades hospitalares, tendo a farmácia o poder de veto e boicote, como percebido pelo entrevistado E3.

[...] o relacionamento aqui na clínica é ótimo, acho que por ser uma clínica pequena, então estabelece um vínculo maior. A gente estabelece contato direto com a recepção, com a farmácia, a gente depende de todos os outros setores. Enfermagem é o setor que mais depende dos outros. Então você tem que estabelecer um vínculo bom. (E3, p.30)

A dependência entre setores, não apenas da enfermagem pela farmácia, mas de todo o atendimento, foi ressaltado uma vez que existe uma linha seqüencial nesse atendimento.

Esta dependência intersetorial acaba por configurar manifestações de poder entre os componentes destes setores uma vez que o desenvolvimento das ações de um profissional de um setor está intimamente relacionado ao profissional do outro setor, construindo assim uma rede de relacionamentos na instituição de saúde.

A gente trabalha muito dependente [...] o trabalho é todo seqüencial [...] então o paciente chega à recepção, elas tem que abrir o atendimento no sistema [...] aí passa pro médico atender o paciente [...] aí faz a prescrição [...] ela chega pra mim, passa pra farmácia pra ela tá manipulando e me devolvendo este medicamento também de forma adequada, com rótulo e tudo certo [...] então, o tempo todo a gente tá em comunicação [...] o faturamento tem que fechar aquela conta [...] então, a gente tá ligado o tempo todo [...] então estas dificuldades a gente tem que ir lidando o tempo inteiro, embora às vezes tiver que sentar todo mundo e, é claro, cada um quer tirar a vez dele [...] (E6, p.49).

Em relação aos funcionários da limpeza os conflitos são justificados pela baixa qualidade dos serviços prestados.

Setor da limpeza [...] eu tô tendo um certo atrito com eles, porque não sei se não tá tendo o desempenho que eu gostaria que estivesse por parte delas [...] Então, não tá funcionando do jeito que eu quero que funcione [...] ainda tô tentando ver se acho uma forma de melhorar [...] (E5, p39).

Nos relacionamentos estabelecidos no seio das organizações pesquisadas as dificuldades encontradas nas relações entre enfermeiros e subordinados também podem ser evidenciadas no ambiente de trabalho.

Essas dificuldades de relacionamento com os subordinados são justificadas por problemas ético-profissionais envolvendo a participação desses funcionários. Por vezes brigas entre funcionários são citadas como causadores de tumultos em todo o atendimento ambulatorial.

Talvez, se eu tivesse de pontuar um pouco de dificuldade, seria com os meus subordinados [...] Por comportamento mesmo entre eles [...] de ética profissional [...] Porque eu chego ao período da tarde, então às vezes de manhã acontece alguma coisa que eu não estou presente, então quando eu chego, eu já pego assim, caras amarradas que eu não sei por que [...] chego aqui no ambulatório, tumultuado, e não teve nenhuma passagem de plantão que justificasse tal problema [...] (E8, p.40).

Estas referências corroboram a afirmativa de Lima e Bastos (2008) que constroem uma idéia sobre as organizações de saúde como uma malha intrincada e variável de uma ampla gama de serviços e de categorias profissionais, vinculados a processos em permanente diversificação.

Nesse contexto, ao serem inquiridos a respeito das influências às quais se submetem no ambiente de trabalho, observou-se que 22% dos relatos dos entrevistados indicaram a influência dos médicos, 11% indicaram a influência de outros profissionais e, em igual porcentagem, indicaram os pacientes. Estas porcentagens remetem a uma atenção especial à influência dos médicos sobre a atuação do enfermeiro oncologista, assunto que será tratado em separado neste capítulo.

Essa influência pode ser de dependência, como o é com os farmacêuticos, ou de interferência, como citado no extrato abaixo.

[...] eu prefiro trabalhar nessa linha [...] eu sempre administrei as coisas de uma forma diferente [...] às vezes a psicóloga senta com o meu paciente, e ela atrapalha a estrutura do serviço [...] claro que, com jeito, às vezes eu sento eu falo, eu converso [...] então eu acho que você tem de adquirir ao longo da vida maturidade com a vida mesmo [...] então, assim as coisas não me incomodam. (E8, p.59)

Nesse contexto de influências observou-se a descrição de relações de colaboração e cooperação entre os sujeitos envolvidos no ambiente de trabalho, possivelmente como forma de angariar, através de relações de

cumplicidade, mais poder, como um investimento para o futuro em suas relações.

TABELA 17 – Colaboração e cooperação no ambiente de trabalho

Itens discriminados	%
Colaboração de enfermeiros com outros profissionais	78%
Colaboração de outros profissionais com o enfermeiro	56%
Profissionais acessíveis	33%
Colaboração de enfermeiros com a equipe de enfermagem	11%
Colaboração da equipe de enfermagem com o enfermeiro	11%
Total*	189%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

A acessibilidade dos profissionais, sempre dispostos, é indicada como uma fonte de colaboração para o enfermeiro.

[...] eles são sempre acessíveis, sempre dispostos [...] não tem isto de “ah, hoje eu não posso fazer isso [...]” (E1, p.48)

Ao mesmo tempo, o exercício das atividades normais de cada profissional da equipe multidisciplinar é citado como colaboração dos profissionais com a enfermagem.

Aqui cada um faz o seu papel [...] o psicólogo vem e conversa com o paciente na hora que ele chega a assistente social faz o papel dela [...] quando a gente precisa que uma psicóloga, por exemplo, dê um apoio ao paciente no ambulatório, a gente vem e chama, e ela vai com muita boa vontade. É aqui nós estamos conseguindo isto [...] mas o nosso chefe [...] ele sempre preservou isto [...] ele sempre falou pra a gente aprender a trabalhar [...] então a pessoa já entra pra trabalhar sabendo como que é [...] então acaba que aceita a situação do jeito que é colocado [...] (E4, p.48).

Nessa mesma linha, a coordenação exercida pelo enfermeiro sobre os demais profissionais promove essa cooperação, na medida em que o enfermeiro se declara o elo da equipe.

Um reconhecimento, um papel de cada pessoa, cada um tem o seu papel dentro da clínica e então cada um tem o seu espaço. [...] a enfermeira é o centro destes outros contatos [...] então a gente tá sempre procurando interagir com todos [...] a gente faz reuniões pra poder tá resolvendo problemas [...] (E5, p.48)

Assistente social, psicologia [...] a gente está sempre trabalhando lado a lado [...] eu não tenho dificuldade e acho que é um elo. Eu consigo trabalhar muito fácil com os grupos, com os meus colegas aqui. Aqui pra mim, o trabalho interdisciplinar funciona. (E8, p.50)

Em outros momentos, os profissionais colaboram para resolver problemas mais graves e que se afastam da rotina habitual.

No dia a dia tem acontecido. Às vezes é um problema que não está ligado diretamente à enfermagem. Mas a enfermagem às vezes tem uma opinião. Ou ela pode expressar a dificuldade que aquele problema reflete no dia a dia dela. Por exemplo, eu tenho um paciente muito pobre do interior e ele precisa vir aqui cinco dias por semana para fazer quimioterapia [...] aí eu vou e chamo a assistente social [...] Até com médico [...] às vezes eu tenho paciente agendado para quimioterapia, para não interromper o ciclo, eu falo com o médico assim: “olha, se ele começar na terça, ele vai terminar no sábado. Não dá para a gente começar na segunda, para terminar na sexta, que tem mais gente, tem mais suporte?” Então é assim, nesse dia a dia, na prática. (E7, p.50)

Nesta perspectiva de colaboração mútua os profissionais tendem a manifestar suas relações de poder, uma vez que a criação destes laços colabora para o investimento que cada sujeito faz no seu poder através das relações existentes nas clínicas de oncologia.

Perguntados a respeito da distribuição do poder na equipe multidisciplinar, os entrevistados se referem a uma simetria de poderes. No entanto, este relato é contraditório uma vez que, ao serem inquiridos sobre

disputas e competição no ambiente de trabalho, 77% das respostas se referiram a esta situação entre os sujeitos, como mostra a tabela abaixo.

TABELA 18– Disputa e competição no ambiente de trabalho

Itens discriminados	%
Entre enfermeiros	22%
Entre enfermeiro e outro profissional	22%
Entre diretores	11%
Entre médicos	11%
Entre outros profissionais	11%
Entre enfermeiro e médico	0%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

A simetria de poderes é justificada, em alguns casos, pelo fato de que cada pessoa só interfere nos assuntos que lhe dizem respeito e que são de sua responsabilidade.

[...] no ambiente tem diálogo [...] não tem ninguém passando na frente de ninguém [...] sempre você vai aos coordenadores e se posiciona com eles [...] a gente sempre segue a hierarquia correta. (E2, p53)

Este relato corrobora a afirmação de Enriquez (2006) de que o poder é aprendido numa organização em que os papéis de cada um são definidos.

Em outro relato, o entrevistado alega que os pares têm poder similar, mas não há como expressar isso, pois a organização se estruturou de maneira informal, não existindo nem mesmo um organograma.

A nossa hierarquia, não foi determinada. Ela foi se construindo. Porque a clínica cresceu muito rápido [...] a gente foi agregando pessoas, sem muita organização [...] vamos sentar um dia e vamos escrever fazer o organograma para saber [...] Mas assim, existe a direção clínica, que puxa a direção administrativa. E daí vem ramificando. Tem a pessoa responsável pela recepção e as secretárias de lá. Tem eu, responsável pela enfermagem aqui. Tem a responsável pela farmácia e a equipe. A do faturamento, da psicologia e serviço social.

E nesses setores tem alguns estagiários. Tem o pessoal da informática, que é um setor separado, que dá suporte para a gente. Mas é uma coisa tranqüila. (E7, p.54)

Em busca de demonstrar ou de legitimar uma autoridade questionada, os profissionais responsáveis pelas demais chefias, como descrito pelo entrevistado, se digladiam por poder na organização.

Ah [...] tem uns que acabam querendo mostrar mais poder [...] então acaba que, entre os outros setores, cada um tem uma chefia [...] mas é todo mundo bem tranqüilo sabe. Pelo menos nessa nossa clínica aqui. (E3, p.51)

Também entre o grupo de enfermeiros pode-se perceber, no extrato abaixo, que existe uma grande disputa de poder que se desvela silenciosamente. Nesse sentido, os egos e orgulhos envolvidos se manifestam em sentimentos de inveja pela posição ocupada.

Nesta perspectiva, indo ao encontro de estudos de Enriquez, através da divisão de trabalho o poder se distribui na organização em lutas manifestas ou veladas, deixando-se antever os ganhos, sem nenhuma garantia de poder formal. Sendo assim, os indivíduos que desejam o poder lutam para que seu poder sobre os outros seja reconhecido, mesmo com a possibilidade de derrota.

Disputa. Assim, é uma coisa meio velada. Eu percebo um pouco às vezes [...] É às vezes entre os médicos. Já percebi até entre enfermeiros. Porque as pessoas têm a tendência de enxergar só o lado bom da coisa. Eu quero ser também coordenadora porque eu vou ganhar mais! Então a gente percebe [...] é claro que não é uma questão rasgada, mas você percebe que tem hora que dá um fininho [...] É, às vezes a idade esbarra na questão [...]. [tem uma enfermeira aqui que tem muito mais anos de oncologia do que eu [...] então eu sei que pode passar na cabeça da pessoa, “eu tenho mais tempo. Porque não eu?” Eu acho que não é só o tempo que conta, mas é o que você demonstra]. (E7, p.52)

Esta percepção é evidente, mesmo que as disputas por poder nas relações entre os pares aconteçam de forma velada, como pode ser evidenciado no extrato de relato abaixo.

Vejo sim. Tem de enfermeiro com enfermeiro [...] muito aparece [...] a gente percebe nitidamente que tem enfermeiro querendo disputar [...] Não fala não, mas você percebe [...] Existe às vezes de um outro profissional da equipe querendo despontar demais, e aí interfere no serviço daquele que é o outro profissional [...] Vejo psicólogo ou assistente social lá no administrativo [...] ou até mesmo na enfermagem. Se permitir, acaba que infiltra um pouco mais. Então, existe um pouquinho de disputa sim. (E8, p.52)

Essas disputas por poder também podem ser presenciadas e analisadas ao considerarmos as situações de constrangimento no trabalho do enfermeiro, tanto no relacionamento com outros profissionais ou com outros sujeitos envolvidos nos serviços das clínicas de oncologia.

Ao considerar as justificativas para essa afirmação de constrangimento, pode-se notar a disputa por poder como sendo a grande fonte do mesmo.

Isto pode ter acontecido, como se diz muito, né [...] tem pessoas que tem esta necessidade de mostrar que é superior, mas isto não chega a me incomodar muito não, a gente supera tudo. O organograma aqui na clínica funciona muito porque o diretor gosta desta hierarquia, sabe [...] então eu acho que pra ele está muito claro [...] então vem ele, depois vem os médicos e a gente, diretamente relacionado a ele [...] isto tá bem definido no nosso papel aqui [...] (E5, p.56)

Dentro desse quadro, o enfermeiro alega manter-se seguro de si e de sua autoridade devido à sua relação com os superiores e à confiança nele depositada pelos mesmos..

Nas relações estabelecidas entre os enfermeiros e terceiros, aqueles se referem a grupos de maior facilidade e maior dificuldade de relacionamento, configurando assim suas preferências no ambiente de trabalho, possivelmente relacionadas às manifestações de poder entre o enfermeiro e estes grupos.

Na relação do enfermeiro com seus pares observou-se que em 56% dos relatos aqueles têm a equipe de enfermagem como o grupo de maior facilidade de relacionamento.

O convívio mais próximo e constante é indicado como justificativa para que os enfermeiros tenham facilidade de relacionamento entre si. Porém, não se deve deixar de considerar que, como superior hierarquicamente a este grupo, estas são relações mais convenientes uma vez que sua hegemonia perante tal grupo é facilitada.

No nosso caso, por conviver mais, é com os auxiliares e com os enfermeiros. Nosso contato é mais direto. Mas não tem problema com nenhum deles não. (E7, p.41)

Eu acho que o relacionamento vai ser diferente [...], por exemplo, eu tô o dia todo com estas quatro técnicas, então o relacionamento é bom [...] eu tô ali do lado delas, pra tá dando segurança pro serviço dela, tá orientando, como é a melhor forma de tá fazendo [...] então o relacionamento é muito bom [...] com as outras equipes também e super tranquilo [...] (E5, p.40).

O companheirismo e a amizade são citados como justificativa para essa maior facilidade, possivelmente como forma de velar a real preferência dos enfermeiros em se relacionar com seus subordinados.

Bom, com a minha equipe de enfermagem [...] a gente trabalha muito próximo [...] enfim, a gente é amigo e companheiro [...] tá ali o tempo todo dando apoio [...] (E6, p.41).

O relacionamento desses profissionais com seus subordinados é marcado pela hierarquia e pela autoridade legal constituída no enfermeiro. Mesmo que respeito e diálogos apareçam nas respostas, o que mais chama atenção são as expressões de afirmação ou que levam a uma contestação da autoridade do enfermeiro nesse contexto, como pode ser percebido na tabela abaixo.

Esta análise é confirmada por Filizola (1997), que afirma que dentro da própria enfermagem ocorre relação de dominação / subordinação entre os enfermeiros, detentores do saber, e os outros componentes da equipe de enfermagem, os que não sabem ou supõe-se não saberem.

TABELA 19– Relacionamento com subordinados

Itens discriminados	%
Com respeito	67%
Chamando atenção dos subordinados	56%
Subordinados experientes / competentes	56%
Com diálogo	33%
Sem cara amarrada ou rancor	22%
Com austeridade	11%
Subordinados doutrinados	11%
Subordinados festivos / expansivos / descontraídos	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Nota: A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

O relacionamento é visto como tranqüilo e, em alguns momentos, há certa insinuação de proximidade entre as partes. Observa-se uma tentativa de dissimular a relação de poder no trabalho tentando fazer com que esta se pareça com uma relação pessoal.

Com certeza, um relacionamento também muito tranqüilo [...] nós somos uma equipe pequena [...] então nós somos assim, né [...] a gente tá sempre conversando, a gente traz assunto de casa pra conversar [...] muito tranqüilo o relacionamento. (E5, p. 36)

Assim como nas relações entre enfermeiros os conflitos são abafados e as relações de poder são mascaradas nos discursos. Ainda assim, vez por outra assume-se a possibilidade de que a situação descrita não seja tão harmônica como parece. A possibilidade de que a opinião a respeito de si seja controversa nos leva a crer que essa percepção do funcionário a respeito do

enfermeiro não levará em consideração as tentativas de dissimular a relação de poder entre ambos.

[...] não tenho nenhum problema. Claro que provavelmente eles devem pensar e me ver diferente. Porque todos nós somos vistos diferentes de alguém [...] (E8, p.37)

O uso do poder disciplinar é mencionado pelos profissionais em momentos que são levados a chamar a atenção de seus subordinados.

É, são nove. Nosso relacionamento é ótimo. Em momentos que a gente tá mais tranqüilo, tá mais descontraído a gente brinca, tudo naturalmente. Mas na hora que precisa chamar a atenção, escutam. Se estavam errados eles assumem que estavam errados. Ninguém fica de cara amarrada. Olha tá acontecendo isso de errado. Não pode. (E7, p.37)

De acordo com os relatos, essa chamada de atenção é encarada de maneira natural pelos subordinados. Sob a ótica dos enfermeiros, a chamada de atenção é uma manifestação de poder necessária para manter sua função de liderança, em conformidade com Souza e Lisboa (2002), que afirmam que as relações de poder na equipe de enfermagem põem em risco a função de liderança da enfermeira devido a aspectos ligados à organização do trabalho hospitalar.

Aqui nós não temos auxiliares de enfermagem [...] como é um serviço crítico, né, só tem técnicos [...] igual eu tô te falando, isso aí que ocorre se precisar de chamar atenção, como ocorre em qualquer empresa, eles absorvem bem, não cria aquele abuso, não tem rancor (E1, p.35).

Então [...] O que a gente tem de falar, a gente fala [...] se tem de chamar a atenção, a gente chama também, com respeito, educação, e eles aceitam bem e vice versa. (E3, p.35)

Em momentos específicos a gerente insinua a utilização de punição exemplar sobre uma de suas funcionárias a fim de enviar o recado a todos os

demais, assegurando e reafirmando sua posição nas relações de poder estabelecidas.

Tem de dar o exemplo. Às vezes é uma só que está contaminando. Gente não pode fazer isso. E se acontecer isso. Vai acontecer isso, isso e isso [...] E assim, elas sabem que a gente tem um relacionamento aberto, então eu dou abertura para me pedir alguma coisa [...] Não tem aquela coisa tão rigorosa, mas existe o respeito e elas sabem até aonde elas podem ir. (E7, p. 37)

A enfermeira assume que é vista como “chata por cobrar e chamar a atenção” de seus funcionários, incluindo-se nos motivos para isso o tipo de roupa utilizado pelas funcionárias no ambiente de trabalho.

[...] sou muito enérgica [...] Sou muito chata com meus funcionários, reclamam de mim às vezes, que eu sou aquela chata [...] Mas eu cobro, chamo a atenção [...] tem que tá bem vestido [...] a blusinha não pode ser curta [...] a barriginha não pode estar aparecendo [...] você tem de ter postura para trabalhar [...] então, isso eu cobro mesmo [...] então eu sou a chata [...] mas sou muito fácil de lidar. (E8, p.59)

Porém, esta postura dos enfermeiros reafirma as colocações de Mads (1998), que se refere ao trabalho do enfermeiro como indispensável para o desenvolvimento do trabalho de toda a equipe multidisciplinar devido ao fato deste coordenar atividades e controlar as ações de trabalhadores, seja da equipe de enfermagem ou de outras áreas de atuação.

Os hábitos de convívio interno entre os funcionários também são justificativas para chamadas de atenção por parte da enfermeira como se estes, de alguma forma, quebrassem o equilíbrio existente no ambiente de trabalho e, com isso, contribuíssem para diminuir sua autoridade perante terceiros.

[...] eles são muito festivos, muito expansivos então às vezes vai além. Então elas começam e acham que todo mundo gosta daquela falação, mas tem gente que não gosta [...] É tudo saliente. (E3, p.35)

Em 56% das respostas dos entrevistados é citada a existência de subordinados experientes com muitos anos de trabalho no setor. Essa parece ser uma característica das clínicas de oncologia uma vez que, de acordo com os relatos dos enfermeiros, há uma dificuldade de qualificação para essa área no mercado.

Os meninos são [...] a equipe de enfermagem é uma equipe super doutrinada, é uma equipe super competente, pessoas experientes, com experiências em CTI e emergência, são pessoas de uma responsabilidade e de uma dedicação incrível. (E2, p.35)

Muito bom [...] também a gente faz reunião mensal, né [...] quando chega medicamento novo, a parte de escala, de quem trabalha fim de semana, de quem não trabalha, então tudo isto sou eu quem resolvo [...] então é tudo super tranquilo, hoje eu estou com uma equipe muito boa [...] são pessoas de muito tempo também de casa, as meninas todas tem sete, oito anos e dez anos de casa. (E4, p.36)

A gente tem uma abertura boa. Eles são muito tranquilos, a maioria é muito experiente já na área. (E3, p.35)

A experiência e a longa permanência de trabalho dos subordinados nas clínicas de oncologia podem significar uma ameaça ao poder dos enfermeiros no comando de suas equipes. Sendo assim, mesmo assumindo a competência de sua equipe o enfermeiro evita elogiá-los, como se temesse pela reação que se seguiria desse elogio. No entanto, admite a extrema competência de seus profissionais.

[...] igual à gente fala, a gente não pode elogiar demais, mas eu tenho que tirar o chapéu pra minha equipe de enfermagem [...] não por eu ter treinado, não [...] são pessoas boas, de caráter bom, sabe? [...] eu dei muita sorte nisso porque tem gente boa de serviços, porém o caráter não é tão bom assim [...] e trabalho em grupo é uma equipe mesmo de enfermagem [...] então a gente tem que elogiar, não elogiando muito [...] mas eles têm este mérito, de ser boas pessoas e bons profissionais. (E9, p.35)

Em um momento pode-se perceber que, na tentativa de se fugir do iminente conflito por ser um membro novato numa organização de valores previamente arraigados, o enfermeiro utiliza-se de subterfúgios. Ao assumir que irá aprender com os seus subordinados o profissional mais uma vez tenta mascarar a distância hierárquica existente, fazendo-se passar por hierarquicamente semelhante.

Igual eu estava falando pra você, que quando eu entrei eu tinha funcionários que já trabalham há vinte anos na oncologia, e eu não sabia nada [...] É, não sabia nada de oncologia [...] principalmente numa área que eu não tinha conhecimento técnico de oncologia, dos medicamentos, de efeitos [...] eu sabia de enfermagem, mas eu não sabia nada de oncologia [...] então a questão de humildade o tempo todo: oh eu não sei, vou aprender com vocês [...] assim eu ia conhecendo, pegando livro, lendo bula de remédio [...] então, isto tudo e até hoje tenho respeito, né? (E6, p.36)

Assim, as relações entre os enfermeiros e seus subordinados passam-se muito no âmbito da esquiva do conflito e da busca pela legitimação do poder hierárquico nas relações informais junto aos funcionários.

Já o paciente é o ator de menor poder nesses jogos relatados. A assistência de enfermagem em oncologia é referenciada como uma atividade essencial, que confere ao enfermeiro um alto grau de importância na equipe já que o enfermeiro possui técnicas e habilidades para o desempenho desta função e, além disto, permanece no ambiente de trabalho durante todo o tempo em que o paciente estiver sendo assistido.

Eu acho que eles [...] na hora que o paciente precisa mesmo de apoio, eu acho que o enfermeiro é o profissional que tá mais perto dele [...] a gente fica o tempo inteiro [...] se o paciente toma o soro de oito horas, quem tá lá às oito horas do lado dele é o enfermeiro [...] (E4, p.59).

[...] a enfermagem tem um papel maior em destaque porque nós ficamos a maior parte do tempo com o paciente. (E1, p.10)

Reafirmando os estudos de Filizola (1997), considerando o contexto institucional e o modelo de tratamento vigente nessas instituições a relação da enfermagem com o paciente é uma relação autoritária que visa reproduzir a instituição, pois o cuidado de enfermagem tem, como um de seus objetivos, a vigilância do paciente.

Nesta perspectiva, vários instrumentos são utilizados pelos enfermeiros oncologistas no ambiente de trabalho. Um destes instrumentos é a consulta de enfermagem. O instrumento da consulta de enfermagem é um instrumento técnico que foi referido em diversos relatos como importante na sua inserção na organização. Constituindo uma das etapas da sistematização da assistência de enfermagem, esta prática legitima o poder do enfermeiro em suas relações com os pacientes e com seus pares. Isto ocorre, pois a consulta confere ao enfermeiro o direito e o dever de fazer diagnóstico através do exame clínico e de exames laboratoriais, elaborar prescrição de enfermagem e plano de cuidados, aliando o conhecimento teórico a uma prática profissional comprometida com a melhoria da qualidade da assistência ao paciente.

[...] então todos pacientes passam pela consulta de enfermagem né, quando vão iniciar o tratamento, e aí é onde a gente explica e [...] os efeitos colaterais da quimioterapia, como é que a quimioterapia é, né [...] o que pode acontecer, porque que acontece, né [...] uma maneira de aliviar [...] a gente sabe que é um momento muito difícil pro paciente [...] (E6, p.4)

O maior envolvimento dos enfermeiros com a gerência das clínicas pode ter refletido no aumento de poder destes profissionais nas relações de trabalho, uma vez que, em comparação com seus pares, os enfermeiros oncologistas são os que permanecem maior tempo nas instituições. Também são os maiores responsáveis pelo funcionamento adequado da assistência direta e indireta ao paciente, constituindo-se um profissional de fundamental importância para as clínicas de oncologia.

Acho que na verdade é o contato com o paciente mesmo. A gente acaba criando vínculo. Então as crianças, tenho paixão. Tem uns aqui que eu quase morro. É, a gente vai lembrando nas fotos. Mas tem uns que nossa senhora. Celular tem foto, em casa tem foto. Tem uns que voltam [...] Os mais antigos [...] Tem uns que voltam e até deboçam [...] que já casou, que já tem filho, que já formou. Tem convite de casamento, convite de formatura. É bem legal. (E3, p.43)

A posse dos saberes e a capacidade de traduzi-los em informações necessárias ao paciente colocam o enfermeiro em condição de superioridade nas relações de poder entre estes sujeitos, corroborando o conceito do poder sob o ponto de vista de Foucault (1987), onde este encontra-se sempre ligado à arqueologia dos saberes.

[...] é a assistência do paciente na sala de soro [...] quanto à orientação de primeiro soro [...] precisa acompanhar o paciente mais de perto [...] porque no final das contas é a oportunidade que a gente tem de estar em contato com o paciente. (E8, p.14)

Uma das atividades assistenciais mais relevantes para o paciente, enquanto um sujeito dependente dos cuidados do enfermeiro, é a punção do acesso venoso para a administração de quimioterapia, por ser um dos principais acessos para a infusão dos antineoplásicos. Como a punção venosa é realizada com o uso de agulhas que perfuram a pele do paciente, gerando pavor em relação à prática de múltiplas punções esta, bem realizada pelo enfermeiro, acaba por determinar uma dependência e uma escolha do paciente por este ou aquele profissional, significando um nível de hierarquia superior do enfermeiro oncologista em relação ao paciente devido a sua habilidade técnica.

É uma característica [...], por exemplo, solicitar que os médicos marquem os pacientes mais cedo, pra não ficar até muito tarde [...] a questão dos cateteres, por exemplo, que quem avalia a rede venosa é a enfermagem [...] então olha e fala: “esta paciente vai ter que colocar um cateter central” então [...] (E2, p.57).

Ah! Por exemplo, aqui, o acesso (venoso) é um cuidado nosso. Então os médicos recorrem à gente para saber

de implante de cateter, se dá para fazer o treinamento ou não, se a gente acha que vai conseguir o acesso ou não. Eles também deixam por nossa conta, na maioria das vezes, a parte de instrução. Às vezes ele tem dúvida, por exemplo, na administração de alguma droga. Porque tem muito residente. Então assim: como é que faz com tal remédio? Quanto tempo? Qual o volume? [...]. [(E3, p.48)].

Além disto, a debilidade do acesso venoso ocasionado pelo uso de alguns tipos de quimioterápicos vesicantes e irritantes, que danificam a mucosa do vaso, exigem dos enfermeiros oncologistas habilidades técnicas cada vez melhores, chegando a puncionar acessos venosos impossíveis para outros profissionais da equipe multidisciplinar. Neste sentido, esta prática entra para o rol das ações que conferem ao enfermeiro um grau de poder nas relações entre os pares.

Eu posso determinar para o paciente assim: “o médico marcou para você tomar um soro de 4 horas, mas já são 4 horas da tarde e a clínica fecha as sete, como eu vou ter que acelerar [...] eu não posso [...] vamos fazer amanhã de manhã, com mais calma, mais prudência. Então é assim, nessa tomada de decisão, de escolha. (E7, p.58)

No extrato de entrevista acima se pode perceber que essa atividade confere poder ao enfermeiro - inclusive, em alguns momentos, acima do poder do médico.

Em contrapartida, em poucos relatos os pesquisados informam sofrer influência do paciente em sua atuação profissional. Essa influência, quando ocorre, é atribuída à relação clientelística que se forma com os pacientes particulares.

[...]. [geralmente quando paciente é particular, por exemplo, aí sempre tem uma pressão [...] porque aqui, a maioria é SUS, então, quando tem um particular fica diferenciado [...] Então acaba que a gente tem que diferenciar um pouco também]. Porque, querendo ou não, ele está pagando, e a diferença tem de aparecer [...] (E3, p.59)

Assim, mesmo estando numa relação de grande assimetria de poder em relação ao paciente, essa relação não é unilateral podendo, por vezes, pôr em risco a autoridade do enfermeiro sob o paciente, passando de uma postura de superioridade para uma posição de subordinação.

Passaremos a analisar agora as relações de poder, mesmo que de forma velada, mais conflituosas nas clínicas de oncologia. - entre os enfermeiros e os médicos,

Ao serem perguntados sobre a influência que os médicos exercem sobre o trabalho do enfermeiro, em 55% dos relatos aparecem situações do exercício profissional e do cuidado com o paciente, como evidencia a tabela abaixo.

TABELA 20 – Manifestações de influências exercidas por médicos sobre enfermeiros

Itens discriminados	%
Prescrição médica	44%
Enfermeiro não sofre influências	44%
Deliberações acerca da assistência ao paciente	11%

Fonte: Dados oriundos da pesquisa

Esta afirmação não deveria causar estranheza uma vez que, analisando o poder sob o olhar de Bourdieu (2000), a eficiência nas organizações deve envolver aspectos relacionados às crenças, aos valores culturais, aos símbolos e aos mitos, levando ao reconhecimento do mito do médico, profissional e socialmente construído.

Sendo assim, observa-se uma hierarquia no atendimento e na assistência ao doente que deve ser cumprida mediante os instrumentos legais. A prescrição médica constitui-se como uma das formas de entrar o médico e fazer cumprir o seu domínio neste ambiente profissional.

[...] é a questão hierárquica, né [...] o médico que, de acordo com o diagnóstico, prescreveu, e você tem que cumprir [...] (E2, p.58)

Nesta perspectiva, e compreendendo a prescrição médica como uma das primeiras etapas no processo da assistência ao paciente, sem a qual seriam inviabilizadas as etapas seguintes, inclusive a assistência de enfermagem, não se deve deixar de atribuir a este profissional um espaço reservado nas relações de poder vivenciadas nas clínicas de oncologia.

Alguns enfermeiros minimizam essa influência do médico, assumindo que isso normalmente não o incomoda desde que não interfiram no seu espaço profissional.

Ah, é muito pouco [...]. [com uma certa tranquilidade [...]] pra mim, já não é uma coisa que vai alterar não [...] desde que não mexam lá onde eu tenho o meu espaço [...] eu acredito que não, que isso não vai me incomodar não [...] (E5, p.59)].

Mesmo assim, acompanhando a negação dessa influência em 44% dos respondentes, alguns enfermeiros afirmam que têm total autonomia em sua atuação.

Nós somos subordinados somente ao dono da clínica, mas é uma pessoa super tranquila [...] dá total autonomia [...] eu tenho total autonomia pra tomar certa decisão [...] (E1, p.58).

Essa negação da influência do médico sobre o enfermeiro está baseada na subordinação hierárquica. Dessa forma, ao negar a influência do médico o enfermeiro exclui a existência de poder informal não hierárquico. Porém, ao analisar o mesmo extrato de entrevista o enfermeiro, através da expressão “certa decisão”, já faz menção à sua falta de autonomia para outras decisões - uma autonomia restrita, portanto, a apenas algumas situações.

Além disto, a afirmação de autonomia relatada pelos enfermeiros pesquisados contradiz os estudos de Cecílio (1999), para quem os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos no hospital.

Observou-se que em 22% dos relatos os entrevistados indicam os médicos como os profissionais com os quais se tem maior dificuldade de relacionamento. Apesar da pequena porcentagem, pode-se inferir que este fato pode estar relacionado com a dificuldade que os enfermeiros oncologistas têm de assumir sua dificuldade de trabalhar com estes profissionais, como se isso colocasse em cheque seu poder no ambiente de trabalho.

Essa dificuldade de relacionamento foi atribuída em alguns casos à alegação de que os médicos são prepotentes e orgulhosos.

Esta questão da prepotência médica sabe? [...] eu me cobro muito com aquela questão da perfeição, de tudo sair certinho [...] e isto vai muito de encontro com o que os dois donos acreditam com que a administradora acredita [...]. [mas tem uma equipe grande de médico, vou colocar uns vinte médicos, e não são todos que pensam da mesma forma [...] mas a gente tem que ter boa relação [...]] (E6, p. 39).

Ah, já né, a gente tem hora que [...] [As pessoas pensam diferentes [...] tem médico que acha que tem Deus aqui na terra [...] então tem hora que faz [...] acha que o poder é só dele [...] então isto aí acontece [...] então, eu sou a favor de até achar que eles continuam sendo Deus e eu não sou, entendeu? Se ele acha que ele é, problema dele e pronto [...] então, meu espaço tá ali [...] meu pedaço é aquele e eu não me presto também se ele é Deus ou deixou de ser [...] então, se ele gritou comigo, se achou que eu fiz alguma coisa, eu prefiro deixar ele gritar [...] e não estou nem aí pra médico também não [...] eu não ligo muito pra isto não [...] porque o meu chefe mesmo que é maior de todos, ele não tem este poder.] ele sempre conversou comigo de profissional prá profissional (E4, p.55)

O tratamento de "doutor", imposição do simbólico da medicina, separa médicos e enfermeiros no universo ideológico das organizações hospitalares.

[...] então assim, esta questão em relação com médico [...] médico é um dilema [...] embora lá na clínica eles respeitem muito [...] mas a gente sabe realmente da

dificuldade que é lidar com o médico [...] tem a questão toda da máscara: eu sou doutor [...] embora, com os dois donos a gente não tenha isso [...] então eu acho que ameniza muito lá na clínica sabe [...] e eu sou bravinha, sabe [...] (E6, p.41).

Em outras respostas, a dificuldade de relacionamento com os médicos é proveniente da distância e à sua menor acessibilidade no contexto hospitalar. Porém, esta dificuldade de acesso ao profissional médico, ao contrário do que se pode esperar, não desestabiliza seu poder no ambiente hospitalar, pois o médico possui um poder duradouro que, de acordo com a análise de Enriquez (2006), para não ser contestado, se esconde sob máscaras diversas e cada vez mais sutis.

[...] por estarem às vezes mais distantes, por não saberem dos processos no certo [...] os médicos [...] mas aí, a partir do momento que a enfermagem detecta algum processo, vai até eles e aí resolve tranquilo [...] Porque na área hospitalar, por exemplo, você vê um distanciamento muito grande entre médico e enfermeiro, né [...] mas na oncologia não [...] a gente trabalha muito unido, a gente é muito junto, então não é que a gente tem dificuldade, mas às vezes pelo médico não conviver assim no processo 100% da enfermagem e administrativo, às vezes algumas coisas, uns pequenos detalhes [...] mas a gente vai atrás deles e resolve. (E2, p.38)

Ainda sobre o poder simbólico do médico e seu tratamento diferenciado, observou-se que muitos dos relatos alegaram simetria de poder entre os pares (89% dos entrevistados) incluindo o médico no mesmo patamar dos demais profissionais nas relações de poder entre os sujeitos.

[...] a enfermagem vai estar junto com os outros profissionais [...] com os médicos, com os responsáveis técnicos [...] depois vem embaixo à administração, o administrador, os faturistas e auxiliares de serviços [...] a enfermagem vai estar em cima, junto com os médicos [...] embaixo vem os técnicos [...] aqui primeiro é o dono e depois vem a enfermagem com os médicos e equipe toda [...] (E1, p.52).

Essa tentativa de equiparação aos médicos mais uma vez leva em consideração apenas o poder hierárquico formal, desconsiderando as demais

formas de poder, também institucionalizadas. Entretanto, funciona como um mecanismo regulador para o enfermeiro uma vez que este passa a sentir-se mais valorizado e confiante na própria autoridade.

Porém, no extrato de entrevista abaixo é perceptível a hegemonia do médico na distribuição do poder na equipe multidisciplinar.

Não nós temos algumas situações, por exemplo, uma prescrição que tá com data errada [...] o médico, com o maior prazer, ele refaz pra mim toda a prescrição [...] aí entra no protocolo [...] eu não posso falar assim: “olha, esta droga não é boa” [...] isto aí não é a função de uma enfermeira falar [...] o que eu posso fazer é mostrar ao médico que aquele remédio que ele prescreveu teve um efeito colateral grande no paciente [...] cabe a ele escolher a droga, e o que ele pode fazer é reduzir a dose no paciente [...] é o bom senso dele [...]. [Então a gente pergunta “doutor, o senhor acha que o senhor pode manter a mesma dose? [...] (E9, p.53)].

Nota-se a preponderância da atuação médica sobre a atuação do enfermeiro, que se restringe ao mero reportar de sintomas neste resultado de entrevista. Nesse sentido, mesmo que os entrevistados afirmem não se sentirem afetados pelo poder de atuação e influência do médico, esse poder simbólico continua perpassando a instituição hospitalar.

O poder dos médicos na instituição não se processa por imposições, mas por mecanismos simbólicos. Mesmo nas justificativas dos entrevistados que afirmaram a existência de uma hegemonia do médico na relação hospitalar há referências ao tato necessário nesse contato com o médico.

Não tem nenhuma influência que afeta [...] o questionamento pode partir [...] a gente tem que sentar e discutir [...] não pode chegar e falar “quero que mude isto!”, não, não funciona assim não [...] (E1, p.60).

É, com os médicos é uma relação mais de igualdade. É claro que existe cada macaco no seu galho [...] Agora com o médico não eu não posso chegar afirmando. Eu posso chegar sugerindo. (E7, p.41)

Percebe-se certa resignação quanto ao papel do médico por parte de alguns enfermeiros, os quais entendem e não se estressam com certos descontroles emocionais de médicos e com tentativas de demonstrações de superioridade.

[...] [é o que eu falo, o poder do médico vai sempre existir [...] [isto aí [...] [não adianta se estressar, porque quem é deste tipo é [...] [então, eu acho tem que aprender [...] [quando a pessoa começa a gritar com você, eu deixo gritar [...] [eu sou assim, eu não entro no grito junto com eles [...] [tem alguns que gritam [...] (E4, p.60)

Noutro ponto, a hegemonia médica na instituição hospitalar também é justificada pela legislação vigente, que normatiza a atuação dos profissionais de saúde.

[...] que afeta o enfermeiro [...] a questão é o CRM [...] o CRM [...] o médico tem o direito de prescrever alguma coisa, e a enfermeira não prescreve quimioterapia [...] a enfermagem prescreve em outras situações [...], por exemplo, a enfermeira de um PSF, ela tem um protocolo que ela pode prescrever algum tipo de antiinflamatório ou alguma coisa assim [...] na oncologia não, na oncologia a enfermagem mesmo [...] ela acompanha [...] e ela questiona com o médico. [...] ela tem um diálogo com o médico pra ver qual é a melhor situação [...] mas nada que afete [...] realmente tem que saber diferenciar o que é poder e o que é direito [...] (E2, p.60)

Ter "um CRM", carteira profissional do Conselho Regional de Medicina, é garantia de determinados direitos de exclusividade dentro de uma instituição de saúde, como a prescrição de quimioterápicos. Tais direitos de exclusividade são bastante questionados por outras áreas, inclusive a enfermagem.

Apesar disso, os entrevistados afirmaram que as funções nas clínicas de oncologia são bem definidas e os profissionais são cientes de seus lugares e de suas atuações.

Sabe, eles (os pacientes) passam a ter uma segurança maior com a gente [...] as enfermeiras de ambulatórios de quimioterapia de clínica ficam mais próximas do paciente, então eles têm confiança na gente [...] passa a ter confiança porque tem coisas que eles falam com a gente e não falam com o próprio médico [...] então a

gente tem que ir atrás do médico e falar [...] mas aqui eu acho que cada um tem o seu lugar, tem o seu espaço, ninguém invade o espaço de ninguém [...] então tem, como se diz, este mundinho nosso aqui, que está muito bem estruturado [...] (E9, p.51)

[...] o médico é muito importante, ele faz a consulta, encaminha o paciente [...] mas quem dá procedimento nisto tudo aí é a enfermagem, bem como a parte administrativa também, bem como a parte de faturamento. (E1, p.56)

Por vezes, a sensação de que a enfermagem tenta ocupar o lugar da medicina no contexto da terapêutica oncológica é percebida por alguns profissionais, mas esse incômodo aparece com pouca ou quase nenhuma frequência nos relatos.

Uma vez ou outra, pode um profissional achar que a gente está invadindo o espaço dele, mas isto ocorre com muito pouca frequência (E5, p.51)

Em algumas falas pode-se depreender que o enfermeiro, ciente de seu papel na clínica oncológica, se impõe mais em sua atuação relativamente aos demais profissionais, inclusive perante o médico, referindo-se a uma disputa por poder, mesmo que velada, entre estes profissionais.

É por causa da quimioterapia [...] a gente acha meio perigoso [...] se tiver algum acidente, a pessoa não pode ter contato direto com o remédio [...] então a gente não deixa acompanhante direto [...] então, assim, os médicos respeitam muito isso [...] às vezes a pessoa insiste com o médico e ele fala: “não, as enfermeiras são assim, lá dentro elas que mandam [...] você entrou ali da porta, quem mandam são elas.” Então, assim, eles respeitam muito nosso espaço ali, sabe? Tudo que tiver que abrir mão de alguma coisa, eles perguntam primeiro pra gente se pode, se não pode: “Ah, vamos fazer tal coisa, o que você acha? A gente pode abrir mão?” (E3, p.57)

Dessa forma, consciente de seu papel na organização, o enfermeiro passa a gozar da confiança e do respeito dos demais profissionais na manutenção da ordem estabelecida no ambiente de trabalho.

Pois é [...] neste ambiente, na hora que você tá do lado dele (médico), ele tá vendo você trabalhar, ele passa a confiar na gente [...] então, aí é um momento que a

gente tem de estar mais perto do paciente, é na hora que ele tá tomando soro [...] (E4, p.57)

Como afirmado em diversos momentos, há uma tentativa de negação e sublimação dos conflitos e das diferenças residuais de tratamento nos discursos dos profissionais entrevistados. Cabe nesse momento uma reflexão acerca dessa negação. Em vários relatos há uma grande insistência em afirmar a inexistência de problemas de relacionamento entre a enfermagem e as diversas áreas hospitalares.

Eu não tenho este problema [...] hoje eu não vivo isto mais não. Eu relaciono bem com quem quer, e também relaciono bem com quem não quer [...] eu fico na minha [...] o enfermeiro aqui na clínica, e ele tem um poder maior, entendeu? [...] então, assim, o médico dá muito respaldo pra gente [...] porque a gente é a profissão mais velha da clínica, aí o médico vem junto com o enfermeiro [...] então acaba que eles dão este valor maior para o enfermeiro [...] por isso [...] (E4 p.39)

Porém, mesmo no extrato de entrevista, é possível perceber a necessidade do enfermeiro em manter bons relacionamentos no ambiente de trabalho, como se isto diminuísse os riscos de abalo da sua posição nas relações de poder: “Eu relaciono bem com quem quer, e também relaciono bem com quem não quer [...] eu fico na minha [...]”.

A facilidade de relacionamento citada também é indicativo de que, de certa forma, os profissionais precisam se convencer do que estão falando.

[...] é tudo igual [...] não tem esta discriminação: ah, ele é médico e a gente não conversa [...] não, eu não sei [...] por que os médicos daqui eles são tão bons [...] então, o acesso a eles é muito fácil [...] e os dois diretores, eles são de fácil acesso também [...] (E9, p.40)

Olha, não tenho muita diferença não. Não tenho. Lido com os dois grupos no mesmo patamar. Não tem diferença. Em proporções diferentes, mas sem diferenças gritantes para dizer um. (E8, p.41)

Aqui não tem, igual eu falei, é bem definido lá a posição de cada um [...] como enfermagem tem uma parte maior, que tem mais demanda de serviço, ninguém quer [...] cada um tem já tem a sua função e não quer outra (E1, p.50)

Sendo assim, mesmo diante de sua importância, o enfermeiro vivencia em seu cotidiano de trabalho manifestações de poder diversas.

Por outro lado, mesmo detendo esta posição de destaque nas relações de poder, o enfermeiro enfrenta conflitos e lutas, mesmo que veladas, no sentido da busca por espaço no ambiente de trabalho ou mesmo da demonstração de poder entre os sujeitos envolvidos.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu ampliar o conhecimento sobre a vivência dos enfermeiros no que se refere às relações de poder com os superiores, os subordinados, os pares e o paciente. De maneira explícita ou implícita estas relações se desenvolvem no cotidiano dos enfermeiros e essa articulação gera interferência nas ações destes profissionais, sejam assistenciais ou gerenciais.

As ações identificadas no cotidiano de trabalho dos enfermeiros são de naturezas diversas, de cunho gerencial e assistencial.

Ao serem questionados sobre as atividades realizadas no cotidiano de trabalho, os enfermeiros entrevistados citaram várias ações presentes em seu cotidiano e que vieram em sua memória no momento da entrevista, sendo que a maior parte das ações citadas se referiu a atividade de cunho assistencial.

Porém, curiosamente, ao serem inquiridos sobre atividades que consomem mais tempo do seu trabalho, os enfermeiros relataram que as atividades relacionadas à coordenação de equipes e gerência do serviço ocupam a maior parte do seu tempo.

Nota-se uma dicotomia entre o que os enfermeiros entrevistados relatam com maior frequência como sendo atividades cotidianas, sendo mais frequente o relato de ações de cunho assistenciais, e as ações realmente realizadas na maior parte do tempo de trabalho dos enfermeiros, sendo estas as ações de cunho gerencial, levando a inferir sobre a preferência dos enfermeiros, mesmo que inconsciente, por ações voltadas à assistência ao paciente oncológico em detrimento de ações gerenciais. Enfermeiros referem também o desejo em dispor de mais tempo do seu cotidiano na assistência ao paciente, por considerar ser este o principal foco do seu trabalho.

Desta forma é possível evidenciar um conflito de interesses entre a sobrecarga de atribuições gerenciais destinadas ao enfermeiro oncologista pelos dirigentes das organizações de saúde e o anseio destes profissionais em priorizar em seu cotidiano de trabalho as ações assistenciais no ambiente das clínicas de oncologia.

Em relação às dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros em sua vivência profissional, as maiores dificuldades relatadas pelos entrevistados foram àquelas representadas pelo relacionamento com terceiros, sendo o ator citado com preponderância os médicos do serviço de oncologia. A relação enfermeiro-médico, sob a ótica dos primeiros, se mostra como a de maior dificuldade enquanto o relacionamento com os subordinados, mesmo envolvendo situações de conflito, se coloca como o mais facilitado no ambiente das clínicas oncológicas.

A principal facilidade relatada pelos enfermeiros no seu cotidiano foi o bom relacionamento com os superiores, o que privilegia sua posição nas relações de poder estabelecidas e no desenvolvimento do seu trabalho.

No discurso dos entrevistados foram encontrados elementos facilitadores para o trabalho dos enfermeiros, sendo estes o bom relacionamento na equipe de trabalho, a autonomia profissional, a facilidade de acesso e comunicação com outros profissionais e o respeito e valorização do enfermeiro nas clínicas de oncologia. Porém, mesmo na existência destes elementos facilitadores, as relações de poder se fazem presentes no contexto hospitalar dos entrevistados.

Nesta perspectiva, pode-se inferir que o enfermeiro oncologista, apesar de fazer referências às facilidades no desenvolvimento de suas ações, procura estratégias para a manutenção de sua posição na hierarquia das relações de poder uma vez que elementos referidos como facilitadores, em situação de

desequilíbrio na disputa por poder, podem se converter em elementos "dificultadores.". Estes aspectos colaboram a afirmativa de que, mesmo de forma velada, as relações de poder se manifestam no âmbito das clínicas de oncologia.

Diante da análise da posição hierárquica dos enfermeiros nas relações de poder nas clínicas pesquisadas, vertentes devem ser consideradas.

Em primeira instância, o trabalho que o enfermeiro desenvolve no seu ambiente de trabalho, envolvendo funções de cunho gerencial e assistencial de fundamental importância para as organizações, os mantém em posição de destaque perante os outros sujeitos, principalmente os diretores destes estabelecimentos. Este trabalho é primordial, pois contribui significativamente para manter a ordem do serviço de saúde, cada vez mais dependente do profissional enfermeiro.

Em alguns momentos, a legitimação da autoridade do enfermeiro por parte dos superiores hierárquicos leva a que os demais profissionais evitem o choque com ele. A fim de se manter na organização e de não se indispor com as chefias superiores, os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar tendem a evitar o confronto direto com os enfermeiros pelo fato de estes possuírem maior liberdade, autonomia e autoridade vinda da chefia e conseqüentemente poder para influenciá-la.

Além disto, o conhecimento dos enfermeiros acerca da terapêutica do câncer, aliado às habilidades técnicas adquiridas ao longo da experiência profissional, transformam-se em forma de manifestação de poder sobre os outros profissionais, o paciente e os dirigentes destas instituições.

Por outro lado, mesmo detendo esta posição de destaque nas relações de poder o enfermeiro enfrenta conflitos e lutas, ainda que veladas, no sentido

da busca de mais espaço ou mesmo da demonstração de poder entre os sujeitos envolvidos.

O relacionamento dos enfermeiros com seus subordinados é marcado pela hierarquia e pela autoridade legal constituída. Mesmo que respeito e diálogos apareçam nas respostas, o que mais chama atenção nos relatos dos entrevistados são as expressões de afirmação ou que levam à autoridade do enfermeiro nesse contexto.

Já o paciente é o ator de menor poder no contexto relatado. A assistência de enfermagem em oncologia é referenciada como uma atividade essencial, que confere ao enfermeiro um alto grau de importância na equipe já que o enfermeiro possui técnicas e habilidades para o desempenho desta função e, além disto, permanece no ambiente de trabalho durante todo o tempo em que o paciente estiver sendo assistido, sendo este dependente dos cuidados de enfermagem. A posse dos saberes e a capacidade de traduzi-los em informações necessárias ao paciente colocam o enfermeiro em condição de superioridade nas relações de poder entre estes sujeitos.

Analisando as relações vivenciadas entre enfermeiros e seus pares, e levando em consideração estudos de Bourdieu (2000), onde a eficiência nas organizações deve envolver aspectos relacionados às crenças, aos valores culturais, aos símbolos e aos mitos, levando ao reconhecimento do mito do médico, profissional e socialmente construído, observa-se uma hierarquia no atendimento e na assistência ao doente que deve ser cumprida mediante os instrumentos legais. A prescrição médica constitui-se como uma das formas de o médico fazer cumprir o seu domínio neste ambiente profissional. Nesta perspectiva, e compreendendo a prescrição médica como uma das primeiras etapas no processo da assistência ao paciente, sem a qual seriam inviabilizadas as etapas seguintes, inclusive a assistência de enfermagem, não se deve deixar de atribuir a este profissional um espaço reservado nas relações de poder vivenciadas nas clínicas de oncologia.

Alguns enfermeiros minimizam essa influência do médico, assumindo que isso normalmente não o incomoda desde que não interfiram no seu espaço profissional.

Nesta perspectiva, as práticas de poder vivenciadas pelos enfermeiros, seja entre estes e os dirigentes, os pares, os subordinados ou os pacientes, se fazem presentes, ainda que o enfermeiro não as explicita em seus discursos, alegando por vezes a ausência destas.

Essa tentativa de ignorar as relações de poder firmadas e de “simetrizar” o que é assimétrico pode significar uma estratégia dos enfermeiros para se proteger ou para vencer algo já arraigado antes deles. É preciso levar em consideração a própria gênese da enfermagem no Brasil, quando médicos-professores ensinavam o que as futuras enfermeiras deveriam desenvolver no exercício profissional: a relação estabelecida entre estes dois profissionais era de subordinação da enfermeira ao médico.

Assim, desconsiderando a existência de um habitus anterior, os enfermeiros partem em busca da confirmação e da conquista de um espaço diferenciado nas organizações hospitalares de atendimento oncológico.

Do ponto de vista prático, a conquista do espaço diferenciado dos enfermeiros em clínicas de oncologia se dá devido à sua capacidade gerencial, exercendo atividades de fundamental importância como coordenação de equipes, organização do plantão, cotação e compra de medicamentos e materiais, controle de estoque e de contas e auditoria interna.

Com base neste esboço sobre as relações de poder vivenciadas por enfermeiros e os outros atores no ambiente das clínicas de oncologia, espera-se que este estudo seja capaz de despertar o interesse para futuros

investimentos em pesquisa, a fim de ampliar o conhecimento e fundamentar conceitos sobre o tema.

Os resultados da pesquisa desenvolvida, principalmente os representados nas categorias de análise, merecem ser aproveitados para suscitar novas buscas e ampliar o conhecimento dessas situações tanto em ambientes hospitalares quanto em outros.

Sugere-se que, em outras oportunidades, e considerando os limites evidenciados neste estudo, como lacunas e limitações deste trabalho, possam ser transpostos, levando à condução de novas análises sobre as relações de poder entre enfermeiros e os demais agentes envolvidos nas organizações de saúde, indicando novas pesquisas sobre a temática, seja nesta ou em novas áreas de estudo correlatas.

9 REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **Resolução da diretoria colegiada n 220/ 04**, 2004.

ALMEIDA, M.C.P. **A construção do saber na enfermagem: evolução histórica**. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, Ed. UFSCAR, 1984. p.58-77.

ALMEIDA, M.C. P **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**. Rio de Janeiro, 1984. 179f. Tese (Doutorado) - RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.

APPELBAUM, S.H. **Stress management for health care professions**. Rockville, Aspen, 1981. cap.5, p.109-47: The impact of stress on nurses and other health care professionals.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memory and history for a new view of nursing in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 1999 .

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2000.

_____. **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2001.

BRITO, M. J. M. O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea. Tese. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1998.

CARMONA, L. M. P.; LALUNA, M. C. M. C. "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 4, n. 1, p. 12-17, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde.** In: EE Merhy & RT Onocko, *Agir em Saúde um Desafio para o Público*. Hucitec, São Paulo, 1997.

CAPELLE, M.C.A. et al **Representações sobre as relações de gênero no espaço organizacional público.** *Revista Adm. Emp. FGV*, v.36, n. 2, p253-275, mar/abr 2002.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares.** Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, C.A.P.; VIEIRA, M.M.; LOPES, F.D. **Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações.** In: ENANPAD, Anais....CD-ROM, 1999.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: [s.n 2003,16p.].

CECÍLIO, Luiz C.O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999

CERNA BARBA, Margarita; PEREZ DE MARTOS; Marina Violeta Estrada; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **O trabalho da enfermeira no Peru: gênese e constituição social.** In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. v. 8, n. 3, 2000.

CHERUBIN, N.A.; SANTOS, N.A. **Administração Hospitalar: Fundamentos.** [s.l]: CEDAS - Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1997.

COHEN, D. **Até onde chegam às mulheres?** Exame, Abril: São Paulo, n. 2, 24 jan. 2001, p. 36-50.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Lei COFEN n. 7498**, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução COFEN n. 260**, 2001.

COSTA, Cleonice Antonieta; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SOARES, Narciso Vieira. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. [s.l]: Revista Brasileira de Enfermagem, v.56, n.3, p.310-314, maio/jun. 2003.

DAVEL, Eduardo; MELO, Marlene C. **Gerência em ação : singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

DEMO. Pedro. **Pesquisa. Princípio e Educativo**. São Paulo: Cortez. 1999.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – **As mulheres e o salário mínimo nos mercados de trabalho metropolitanos**. Revista Estudos e Pesquisas, ano 3, n 32, março de 2007.

DUTRA, Joel Souza (org). **Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas**. São Paulo: Gente, 2001.

ETZIONI, A. **Organizational control structure**. In: March, J. (ed.) Handbook of organizations. Chicago: Rand Mcnall and Company, 1965.

FALCAO, H.A. **Medicina no próximo milênio**. Revista Virtual de Medicina Volume 1, n. 2- Ano I (Abr/Mai/Jun de 1998)

FERNANDES, S.M.B.A; MEDEIROS, S.M.; RIBEIRO, L.M. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10 (2): 414 - 427.

FILIZOLA, C.L.A. **O papel do enfermeiro psiquiatra - oprimido e opressor**. SP: Revista da Escola de. Enfermagem da USP, v.31, n.2, p.173-90, ago. 1997.

FLANAGAN, J.C. **The critical incident Technique**. Pittsburgh: American Institute for Research. Psychological Bulletin. v. 51, n. 4, p. 69-101, nov. 1994.

FLORENTINO, F.R.A. **Enfermagem e Medicina - Relações de Poder e de Saber**. [s.l]: Ed. UPF, 2006, 127p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. **O método de pesquisa survey**. Revista de Administração da USP. São Paulo. v. 35, n. 3, p. 105-112, jul./set. 2000.

HADDAD, M.C. **Proposta de implementação de um Programa Interdisciplinar de apoio ao Trabalhador de Enfermagem**. SP: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/USP, dez 1998.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2008.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais**. [s.l]: Rev. Gaúcha Enf., v.18, n.2, p.133- 44, 1997.

LIMA BI; BASTOS LO. Power conflicts among health professionals. Rev Enferm UFPE On Line. 2008;2(3):279-87 282

MADS, L. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998 [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94p.

MELO, M.C.O. L. **Desafios da gerência e Liderança em Contextos Diferenciados de Reestruturação: A Gerência Feminina em Instituições Financeiras e a Construção da Liderança em Redes Organizacionais**. [s.l]: Relatório de Pesquisa Integrada. CNPq/UFMG, 2001.

MELO, M.C.O.L. **Estratégias do trabalhador informático nas relações de trabalho.**1991. 406f. Tese (Professora titular) - Faculdade de ciências econômicas, Universidade federal de minas gerais, Belo Horizonte,

MELO, M.C.O.L.; ALVES, M.; BRITO, M.J.M. **Práticas de gestão em hospitais familiares e não familiares de Belo Horizonte: um olhar de gênero e poder.** [s.l]: Projeto de Pesquisa, [s.n], 2005.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **União Internacional contra o Câncer (UICC).** [s.l], 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 115 de 19 de maio de 2003,** [s.l], 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS. Cadastro do SIH em Belo Horizonte,** [s.l], 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS. Serviço Especializado – Oncologia – Alta Complexidade,** [s.l], 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM 2.2244,** [s.l], 2002

MISOCZKY, M.C.A.; VIEIRA, M.M.F. **Desempenho e qualidade no campo.** [s.l] Conselho Editorial da Revista Contexto em Saúde. 2001.

MORGAN, G. **Imagens da Organização.** São Paulo: Atlas, 1996.

MURAD, André Marcio; KATZ, Artur. **Oncologia: bases clinicas do tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MUSCARILIN, E; TIERNEY, DK; STADTMAUER, EA. **Autologous bone marrow transplantation: a review of the principles and complications.** [s.l.]: Câncer Nurs 1993 June.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1987. 120p.

PAI, Daiane Dal, SCHRANK, Guisela; PEDRO, Eva Neri Rubim. **O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2006, vol. 19, no. 1 [cited 2008-08-18], pp. 82-87.

PINHEIRO, O. **Entrevista: uma prática discursiva.** In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.* São Paulo: Cortez, 2000.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

PITTA, A.M. **Hospital: dor e morte como ofício.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

RAMOS, J.J. **Oncologia clinica.** 2 ed. São Paulo: Sarvier, 1984. 320 p.

REED, M. **Sociologia da gestão.** Oeiras: Celta, 1997.

SILVA, G.B. **A enfermagem profissional brasileira: análise crítica.** 1984. 187f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

SILVA, M.B.; FONSECA, C.A.; RODRIGUES, A.J.L. **Terapia medicamentosa do câncer.** In: III SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA e I JORNADA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DA UEG. Anápolis: UEG, 2005.

SOUZA, N; LISBOA, M. **Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar.** [s.l.]. *Rev. Enfermagem da Escola Anna Nery*, 2002 .

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

WEBER, M **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva.** Brasília: Universidade de Brasília, 1991.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada **“RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIROS DE CLÍNICAS ONCOLÓGICAS DE BELO HORIZONTE”**, que tem como objetivo analisar as relações de gênero, enfatizando as relações de poder que permeiam as práticas cotidianas vivenciadas por enfermeiros, caracterizadas como um segmento social específico em clínicas oncológicas de Belo Horizonte.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pela metodologia do Estudo de Caso e Análise de discurso, que será realizada por mestranda em Administração da Faculdade Novos Horizontes. Os dados serão coletados por meio de entrevista e observação assistemática, com enfermeiros em clínicas oncológicas de Belo Horizonte.

Sua participação consiste em responder a algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista, e na observação do cotidiano de trabalho da unidade no horário da entrevista. O local, data e horário da entrevista serão previamente agendados, de acordo com a sua disponibilidade. Nesta ocasião em que esclarecerei os objetivos e finalidades do estudo e quaisquer outras dúvidas que se façam presentes.

O uso dos dados e informações é restrito para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de trabalhos técnico-científicos, preservando o seu anonimato. A qualquer momento, você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, por telefone ou por e-mail, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados. Não haverá pagamento de qualquer espécie pela participação na pesquisa. O projeto será submetido a autorização para realização da pesquisa pelos dirigentes da instituição.

Eu, _____ CI _____ Declaro que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e, em sua divulgação posterior, tendo meu nome mantido em sigilo. Aceito participar fornecendo as informações solicitadas como entrevistado e elaborando o desenho, e reconheço que poderei deixar o estudo se assim desejar, a qualquer momento, sem prejuízos no meu trabalho.

Ass do entrevistado _____ ass do pesquisador _____

Belo Horizonte, _____/_____/2008.

Orientadora

Profa.Dra Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo

Fone: (31) 3293-7010

9691-9727

Pesquisadora

Junia Nacur Bernardes

Fone:(31) 8793-2523 /

Junia.onco@yahoo.com.br

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista com Enfermeiro Gerente

Faixa Etária: () Até 30 anos () de 31 a 35 anos () de 36 a 40 anos () acima de 41 anos
Tempo na Organização:
Tempo no Cargo:
Estado Civil:
Número de filhos:

1. Fale sobre a clínica onde você trabalha.
2. Fale sobre você e onde você se encontra na estrutura hierárquica desta empresa.
3. Como você se sente no exercício da sua função?
4. Como é o seu cotidiano de trabalho como enfermeiro?
5. Quais atividades consomem mais tempo no seu cotidiano de trabalho?
6. Quais atividades você gostaria de dedicar mais tempo no seu cotidiano de trabalho? Porque?
7. Quais são as principais dificuldades do seu trabalho como gerente? E as facilidades?
8. Como você se relaciona com os proprietários ou diretores da clínica?
9. Como você se relaciona com seus colegas da equipe multidisciplinar (médico, farmacêutico, etc.)?
10. Como você se relaciona com seus subordinados (técnicos e auxiliares de enfermagem)?
11. Com qual (ou quais) desses grupos você tem mais facilidade de se relacionar? Por quê?
12. Qual (ou quais) desses relacionamentos tem sido mais difícil para você? Por quê?
13. O que lhe dá mais prazer na sua atividade de enfermeiro gerente?
14. O que acontece quando há divergências de interesses entre você e algum profissional da clínica?
15. Cite formas ou situações de colaboração e cooperação entre membros da equipe multidisciplinar.
16. Cite formas ou situações de disputa e competição entre membros da equipe multidisciplinar.
17. Cite situações de constrangimento relacionado a relações de poder que você já vivenciou ou presenciou no ambiente de trabalho.
18. Fale sobre as relações de poder entre os membros da equipe multidisciplinar. Em qual situação o enfermeiro manifesta sua influência (ou poder) no ambiente de trabalho.
19. Em qual situação o enfermeiro sofre a influência (ou poder) de outros profissionais no ambiente de trabalho?
20. Até que ponto as manifestações de relações de poder afetam os enfermeiros?
21. Você gostaria de acrescentar mais alguma informação?