



RELAÇÕES DE PODER EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E SUAS REPERCUSSÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Maria Aparecida Monteiro¹, João Felipe de Sousa Adler Freitas², Wallace Pires Alves³, Pandora Eloá Oliveira Fonseca⁴, Jamilly Santos Pereira⁵, Priscila dos Santos Martins⁶, Gerlane Cristinne Bertino Vêras⁷.

RESUMO

Verifica-se que o poder se dá de modo relacional, podendo alterar atitudes e condutas. Desta forma, objetivou-se compreender as relações de poder existentes no contexto de trabalho do Hospital Universitário Júlio Bandeira. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Teve-se como amostra, 33 profissionais assistencialistas. Os dados foram analisados pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* com posterior categorização pelo método proposto por Bardin. Evidencia-se a formação de três categorias, a saber, Categoria 1 - Percepção do poder no âmbito hospitalar; Categoria 2 - Fatores determinantes na gênese das relações de poder no Hospital Universitário Júlio Bandeira; e Categoria 3 - Reflexos do poder na assistência à saúde no Hospital Universitário Júlio Bandeira. Averiguou-se que o poder é entendido como uma forma de exercer influência sobre uma pessoa ou grupo, seja de maneira formal ou informal, sendo resultado da hierarquia, conhecimento, aspectos pessoais, dentre outros, interferindo tanto de forma positiva como negativa na assistência à saúde, dependendo de como é exercida. Sugere-se que os profissionais e instituições de saúde possam compreender as relações de poder que ocorrem no ambiente de trabalho no intuito de qualificar a assistência prestada.

Palavras-chave: relações de poder; hospital; assistência à saúde.

¹Aluna do Curso Técnico em Enfermagem, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG, Cajazeiras - PB, e-mail: mariaparecida33.ma@gmail.com.

²Aluno do Curso Técnico em Enfermagem, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG, Cajazeiras - PB, e-mail: joaofelipeadlet@gmail.com.

³Aluno do Curso Técnico em Enfermagem, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG Cajazeiras - PB, e-mail: wallacepires.cz@gmail.com.

⁴Aluna do Ensino Médio, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG, Cajazeiras - PB, e-mail: elloapandora@gmail.com.

⁵Aluna do Ensino Médio, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG, Cajazeiras - PB, e-mail: jami-pereiracz4@gmail.com.

⁶Aluna do Curso Técnico em Saúde Bucal, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG, Cajazeiras - PB, e-mail: priscila_jgld@yahoo.com.br.

⁷Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Doutoranda pela Universidade Federal da Paraíba, Professora da Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCEG, Cajazeiras - PB, e-mail: gerlaneveras2@gmail.com.

POWER RELATIONS IN A UNIVERSITY HOSPITAL AND ITS REPERCUSSIONS ON HEALTH CARE

ABSTRACT

It is a known fact that power occurs in a relational way, and can alter attitudes and behaviors. Thus, the objective of this internship was to understand power relations existing in the work context of Júlio Bandeira University Hospital. This is a descriptive study with a qualitative approach. The sample consisted of 33 professional assistentialists. The data were analyzed by the *software Interface of R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* with subsequent categorization by the method proposed by Bardin. It is evident the formation of three categories, namely, Category 1 - perception of power in the hospital sphere; Category 2 - determinant factors in the genesis of power relations at the university Hospital Júlio Bandeira; and Category 3 - Reflections of power in health care at the University Hospital Júlio Bandeira. It was verified that power is understood as a way of exerting influence on a person or group, whether in a formal or informal manner, being a result of hierarchy, knowledge, personal aspects, among other factors, interfering both positively and negatively in health care, depending on how it is exercised. It is suggested, then, that health professionals and institutions may understand the power relations that occur in the work environment in order to qualify the assistance provided.

Keywords: power relations; hospital; health care.

INTRODUÇÃO

No cenário das instituições de saúde a gênese das relações de poder acontece no interior das equipes, e não se referem a formas de governo ou chefias, mas à existência de uma polarização instituída entre os indivíduos, separando-os entre aqueles que podem mais ou que podem menos, dando origem a uma hierarquia nas relações (OLIVEIRA; PIRES; PARENTE, 2011). Quando praticado de forma vertical, o poder provoca tensão nas relações interpessoais e colabora para a diminuição da confiança entre os profissionais.

Evidencia-se que o trabalho em equipe, imprescindível para a prestação de uma assistência de saúde de qualidade, é prejudicado pela aparição de conflitos existentes entre os trabalhadores, o que faz cada profissional desempenhar o seu papel de forma isolada (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011). Conforme Villa (2015) as dificuldades que podem ser propiciadas por relações de poder no serviço de saúde fazem com que alguns profissionais busquem contornar determinadas situações, frequentemente fazendo uso excessivo de si, esgotando suas potencialidades psíquicas e físicas.

Ademais, o trabalho em saúde é mais eficaz e resolutivo quando existe certo coeficiente de autonomia nos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública, devendo-se sempre valorizar a criação de unidades baseadas em grupos autônomos, da perspectiva da gestão do processo de trabalho (CARDOSO, 2014). Para mais, a efetivação da multidisciplinaridade no cuidado de saúde necessita de outras maneiras de relação que se afastem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas (UCHIMURA; BOSI, 2011).

Nesta perspectiva, reconhecer as relações de poder existentes no ambiente de trabalho traz à tona possibilidades de criar estratégias para conduzi-las adequadamente, haja vista o prejuízo no processo de cuidado ocasionado quando o poder é exercido de forma vertical. Justifica-se, dessa forma, o interesse pela temática do estudo em tela, que objetivou compreender as relações de poder existentes no contexto de trabalho do Hospital Universitário Júlio Bandeira.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e de abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira, localizado no município de Cajazeiras, Paraíba. A população do estudo foi composta por 103

profissionais assistencialistas e a amostra, 33 profissionais, com idade mínima de 23, máxima 46, e média 32,8 anos; sendo, 26 (78,8%) do sexo feminino e 07 (21,2%) do masculino; 15 (45,5%) se autodeclararam pardos, 12 (36,3%) brancos, e 6 (18,2%) pretos. Quanto ao estado civil, 16 (48,5%) eram casados, 15 (45,5%) solteiros, e 2 (6,0%) divorciados. No que diz respeito à escolaridade, 26 (78,8%) possuíam pós-graduação, 5 (15,2%) graduação, e 2 (6,0%) ensino médio completo. Quanto à profissão, 15 (45,5%) eram técnicos em enfermagem, 10 (30,3%) enfermeiros, 06 (18,2%) médicos, 01 (3,0%) assistente social e 01 (3,0%) fisioterapeuta; com tempo de serviço na instituição de até 5 meses (n=22; 66,7%), de 6 a 12 meses (n=8; 24,2%), maior que 12 meses (n=2; 6,1%), e 1 (3,0%) não foi registrado.

O quantitativo da amostra justifica-se pela recusa de cinco profissionais devido as entrevistas serem gravadas e pelo alcance de saturação teórica dos dados.

Como critério de inclusão, profissionais que prestam assistência direta ao paciente, e de exclusão, os que não estivessem na escala de trabalho durante a coleta de dados.

A *priori* foi feito um treinamento com os bolsistas e imersão no campo de estudo. Posteriormente, após datas e dias pactuados com a gestão da instituição, iniciou-se a coleta de dados, no período de 23 de novembro a 14 de dezembro de 2018, por meio de entrevista individualizada e em local reservado, norteadas por formulário semiestruturado, contendo questões objetivas relacionadas ao perfil dos profissionais e subjetivas referentes à temática do estudo.

Os dados coletados foram transcritos e analisados pelo *software IRAMUTEQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)* e em seguida organizados e categorizados por intermédio da Análise de Conteúdo (AC) segundo Bardin (2011). Em seguida, realizou-se a discussão dos resultados de acordo com a literatura pertinente.

Salienta-se que foram cumpridas as orientações dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, inclusive pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos pesquisadores e participantes (BRASIL, 2012). O estudo em tela é um recorte da pesquisa “Perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial em um hospital universitário” submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de

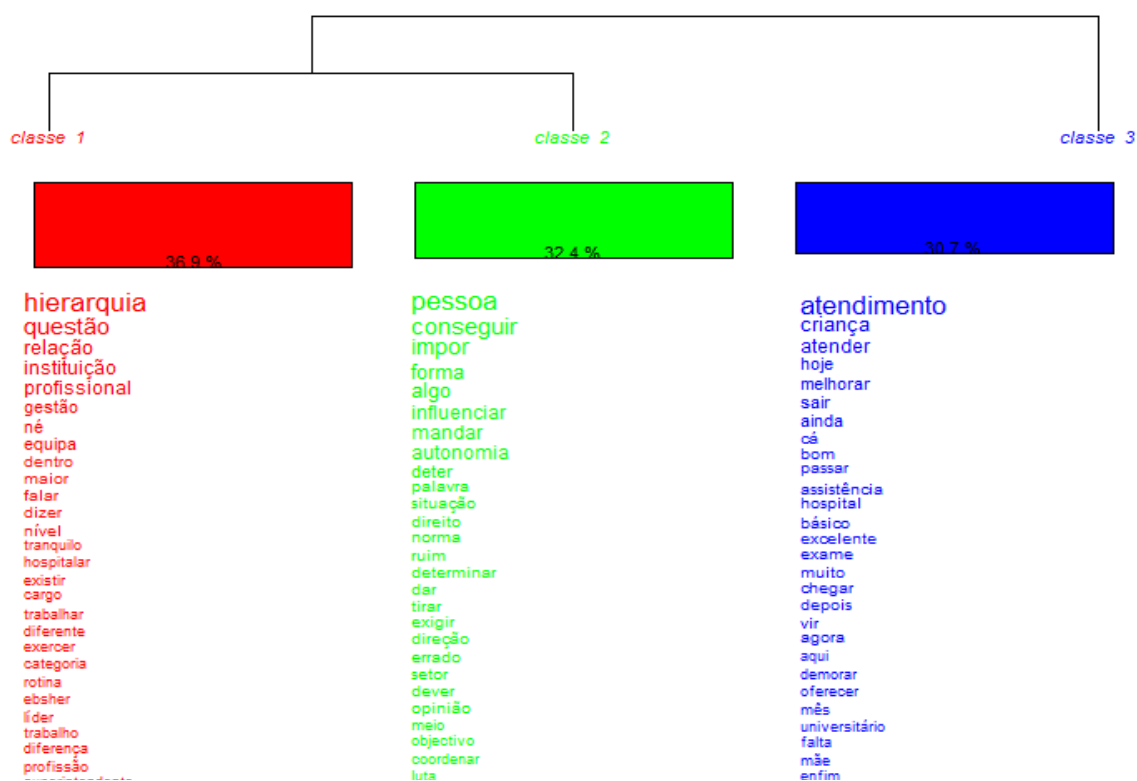
O **Não** se sobressaiu nos segmentos de texto em que os entrevistados expressavam seus sentimentos frente ao questionamento da existência das relações de poder no ambiente de trabalho. Referindo **Não** haver relação de poder.

A palavra **Gente** destaca-se quando os entrevistados relatam sobre a forma de convivência e quanto ao relacionamento interpessoal entre os profissionais, considerando-o positivo.

No que se refere a palavra **Aqui**, é relatado quando se referiam ao ambiente de trabalho na instituição.

A Figura 2, apresenta o Dendograma gerado a partir da Classificação Hierárquica Descendente que realiza a classificação das palavras relacionando-as de acordo com a sua frequência e a relação que elas têm dentro dos ST.

Figura 2- Dendograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Classificação Hierárquica Descendente, que mostra as ideias centrais das respostas dos entrevistados, foi realizada a categorização dos resultados pela análise dos STs que formam cada classe, estabelecendo-se assim três categorias.

A **Categoria 1** – Percepção de poder no âmbito hospitalar, que foi formada pelos STs da Classe 1, com maior representatividade, tendo como palavras destaque **Hierarquia, Questão, Relação, Instituição e Profissional**; **Categoria 2** - Fatores determinantes na gênese das relações de poder no Hospital Universitário Júlio Bandeira, formada pelos STs da Classe 2, tendo como palavras centrais, **Pessoa, Conseguir, Impor e Forma**; e **categoria 3** - Reflexos do poder na assistência à saúde no Hospital Universitário Júlio Bandeira, sendo composta pelos STs da Classe 3, com as palavras **Atendimento, Criança e Atender** com maior destaque.

Categoria 1: Percepção do poder no âmbito hospitalar

Objetivou-se na categoria averiguar o conhecimento dos profissionais assistencialistas do Hospital Universitário Júlio Bandeira sobre o poder e suas relações.

Poder eu acho que é uma forma de gerir, você ter um poder de determinar certas coisas, poder de gerenciar, o poder de coordenar, então para mim é você ter uma autonomia diante de outras pessoas, certo? (E1).

Você pode usar ele de várias formas, você pode impor, você pode ser um gestor sem impor, você pode obrigar, mas a pessoa que detém o poder infelizmente ela manda e os outros obedecem. Construída historicamente a definição de poder nua e crua resume-se a três palavras: ordem, autonomia, hierarquia (E4).

De acordo com Siqueira (2014), a dimensão da participação, sob a ótica pluralista do poder, não é tomada de forma ingênua, mas se reconhece a organização como um campo de forças e disputas que se alinham ou divergem em função de contextos e interesses, e que o tratamento dos conflitos está relacionado, diretamente, com as formas de uso de poder.

Desta forma, o poder tem conotações de submissão e domínio, de controle e consentimento, contudo, pode ser exercida mais horizontalizada, com relação interpessoal positiva, onde se tem a participação não só da chefia, mas de todos os envolvidos, como pode-se verificar na fala abaixo.

Eu sou supervisionada, mas a partir do momento que eu tenho uma ideia eu tenho uma sugestão minha chefe está aberta para me acolher, para acolher minhas sugestões, isso não quer dizer que ela vai acatar, isso quer dizer que ela vai me escutar (E6).

O poder é definido como o exercício de uma influência por um grupo ou por um indivíduo a fim de mudar atitudes e comportamentos e persuadir decisões, podendo assumir conotações positivas ou negativas (MCEWEN; WILLS, 2009). Ressalta-se a importância do dominador (aquele que exerce o poder) ter consciência de sua posição e usufruir da mesma coordenando e harmonizando o ambiente, não acarretando assédio, como contextualizada nas falas abaixo.

Esse é o poder que eu tenho sobre você, de poder mandar você fazer alguma coisa, entendeu? Mas a forma como eu exerço esse poder aí é que tem que ser trabalhada, para não virar assédio, para não virar manipulação, entendeu? (E4).

Aí nós entramos na identidade, na autonomia e também na ignorância, a autoridade e soberba de alguns. Por que na medida em que um profissional tá numa instituição com o caráter multiprofissional ele acha que ele tá podendo, e na instituição há espaço para vários profissionais e se entende que cada um tem a sua importância na instituição (E8).

Levando em consideração a visão foucaultiana, compreende-se o poder como exercício, ou seja, como relações de poder, que através de seus mecanismos atua como uma força coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos. O poder é exercido numa cadeia de submissões da qual ninguém é o alvo único, mas perpassa os diferentes indivíduos. O poder presente nas relações também propicia a produção do saber, e uma das formas de fazê-lo é pela resistência dos trabalhadores. O autor assinala que se o poder fosse somente repressivo, não teria a força que tem, “ele produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 1986, P. 8).

Eu acho que o poder que existe na verdade ele se estabelece de forma positiva, porque, na verdade, é sempre tentando buscar o melhor pra assistência, mais humanizada, mais acolhedora, e é isso que a todo o momento é cobrado da gente (E14).

É importante levar em consideração que, em tais circunstâncias, o conhecimento gera vantagens e desvantagens sociais mais imediatas e diretas, na forma de poder e autoridade (STEHR, 2000). Nessa conjuntura, o conhecimento tem de ser conceituado como um conjunto de competências, como por exemplo, a capacidade reconhecida de um determinado profissional de falar e agir, produzindo assim diferentes benefícios ou não, para aqueles que o cerca como também para a instituição em que este esteja inserido.

Em suma, o poder e as relações provenientes dele são percebidos pelos profissionais como uma forma de gerir relacionamentos, seja de forma mais vertical ou horizontal, resultando em mudanças de condutas.

Categoria 2: Fatores determinantes na gênese das relações de poder no Hospital Universitário Júlio Bandeira.

Nesta categoria, tem-se o intuito de verificar a gênese das relações de poder no HUJB, tendo sido averiguado a ligação com o posicionamento hierárquico estabelecido e o conhecimento apresentado, como observa-se abaixo.

Aí vai da hierarquia, do nível de instrução, do grau de instrução de cada profissional, do conhecimento, quem detém maior conhecimento e logicamente tem um maior poder, mesmo que seja por questão de conhecimento (E4).

Na burocracia mecanicista, existe uma linha hierárquica claramente definida, em que a unidade de comando é cuidadosamente mantida pela natureza hierárquica e há uma distinção rígida entre os níveis operacionais e funcionais (MINTZBERG, 2012). Na sociedade brasileira, este sentido exposto de hierarquia e subordinação está, em muito, baseado na força militar tradicionalista e no poder racional-legal para o estabelecimento e a manutenção da autoridade (PRATES, 2010).

Os entrevistados relataram que a supervisão imediata estava ligada ao poder maior no âmbito de trabalho, mas com uma assistência direta ao paciente muitos relataram sobre o médico como profissional que tem uma posição de poder maior sobre os demais, tanto ligado a uma hierarquia, ao conhecimento e à cultura enraizada sobre isso.

O médico com certeza, que é culturalmente bem enraizado essa questão da soberania do médico na assistência à saúde (E3).

Na hierarquia, médico, depois nível superior, médio e técnico (E10).

Constata-se com isso que o profissional médico ainda se percebe e é percebido como o centro do processo saúde-doença-cuidado do paciente, por deter atributos que promovem o estabelecimento do poder, seja por seu conhecimento ou cultura da população (ou ambos), que muitas vezes ultrapassam a hierarquia estabelecida pela instituição, o que pode resultar em conflitos na equipe.

A principal característica dos conflitos refere-se, portanto, à percepção de superioridade do profissional médico em relação aos demais. Outro achado da

pesquisa refere-se à presença de conflitos reprimidos e latentes, no sentido de que há consciência das divergências de desejos e de preferências entre aqueles que exercem o poder e os que são sujeitos a ele, o que pode acarretar prejuízos na credibilidade do administrador ao desautorizar suas decisões, levando ao desgaste emocional, à perda de produtividade e de comprometimento de toda a equipe e ao aumento da insegurança para a tomada da decisão.

Categoria 3: Reflexos do poder na assistência à saúde no Hospital Universitário Júlio Bandeira.

A categoria em tela objetiva expor a repercussão do poder para a assistência à saúde no HUJB, constatando-se que a maioria dos profissionais referem que não são diretamente afetados e não tem problemas relacionados ao poder dentro da instituição, afirmando ser um ambiente de trabalho tranquilo, no qual se trabalha em coletividade, e que o poder existente interfere de uma forma positiva, visto que é uma maneira de organização que promove uma assistência mais eficaz ao paciente, como observado a seguir

Se houvesse uma nota, eu daria 10 (E2).

Conceituo como um atendimento muito humanizado, porque o que eu vejo aqui são as mães né, ficam mais tempo com os filhos, sempre quando saem daqui elas agradecem, saem felizes, dizem que se sentem em casa que é a segunda família que elas construíram e isso é bem gratificante para gente. Sempre tem alguma reclamação, nunca saem 100% satisfeitos, mas assim também é bom as críticas para podermos construir, crescer (E9).

Aqui no HUJB nós trabalhamos numa verdadeira equipe, cada um tem sua liberdade e o trabalho é feito em coletividade, ninguém trabalha isoladamente (E16).

Contudo, há profissionais que percebem o poder com concepção negativa sobre a assistência prestada, em especial quando referem a atuação dos médicos que trabalham isoladamente e não permitem uma interação melhor com os usuários.

Eu acho que para dar um exemplo negativo é justamente, como eu coloquei pra você, infelizmente dentro da área da saúde, a questão cultural de que o médico é o mais importante dentro do serviço, quando na verdade se trabalha em equipe né, é necessário todos os cargos que tão inserido aqui né? Aqui e em qualquer instituição na verdade (E24).

Ressalta-se que a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que

vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Villa *et al.* (2015) relatam que é no espaço relacional que ocorre o encontro entre profissional e usuário, com a constituição de vínculos e de compromissos. É imprescindível, portanto, que o ato assistencial esteja pautado numa relação dialógica e que seja guiado por uma postura indagadora, sem o peso da hierarquia de poder-saber, para que o usuário possa se expressar a partir do vivido.

CONCLUSÃO

Constata-se que os profissionais compreendem o poder como uma forma de exercer influência sobre uma pessoa ou grupo, seja de maneira formal ou informal, sendo resultado da hierarquia, conhecimento, aspectos pessoais, dentre outros, interferindo tanto de forma positiva como negativa na assistência à saúde, dependendo de como é exercida.

Como fragilidade para a elaboração do estudo, cita-se o pouco tempo de atuação dos profissionais na instituição, o que pode ter influenciado nos dados coletados.

Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas com a temática em tela, visando ao aprofundamento do entendimento do poder e suas relações, para que os profissionais possam compreender a dinâmica como ocorrem e evitar possíveis efeitos maléficos à assistência à saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao HUJB, ao gerente de pesquisa e extensão professor Dr. José Ferreira Lima Júnior e a todos os funcionários, em especial aos que participaram do estudo.

Ressalta-se que a pesquisa em tela está vinculado ao PIBIC-EM da UFCG, e foi desenvolvida com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil”.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L.(2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 575-586, mar., 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRONDANI, J. P. **Relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe: uma análise sobre a influência na qualidade de vida no trabalho**. 2010.

CARDOSO, A.C.C. A organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde - uma reflexão sobre as relações de hierarquia e poder entre profissionais. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 3, n. 2, p. 98-103, dez., 2014.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1986.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes**. Estruturas em Cinco Configurações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface- comunicação, saúde, educação**. v.15, n.37, p.539-50, abr./jun., 2011.

OLIVEIRA, H.M.; PIRES, T.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. **Sau. & Transf. Soc.** v.1, n.2, p.17-26, 2011.

SIQUEIRA, M. M. M. **Novas medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnósticos e de gestão**. Porto Alegre : Artmed, 2014.

STEHR, Nico. Da desigualdade de classe à desigualdade de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 42, p. 101-112, 2000.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.** v.16, n.40, p.149-60, jan./mar., 2012.

VILLA, E.A. *et al.* As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, dez., 2015.