

Gênero, Representação Simbólica e Origem Social nos Conflitos entre Médicos e Enfermeiras

Gender, Symbolic Representation and Social Origin
in the Conflicts Between Doctors and Nurses

Género, Representación Simbólica y Origen Social
en los Conflictos entre los Doctores y las Enfermeras

Ítala Maria Bazzarelli *
itala.b@uol.com.br
Maria Cristina Sanches Amorim **
cristina.amorim@attglobal.net

Resumo

Os conflitos entre enfermeiras e médicos nos hospitais são fontes de sofrimento para ambas as profissões. Conflitos são característicos de quaisquer organizações capitalistas, mas assumem peculiaridade nos ambientes hospitalares. O artigo objetiva avaliar as origens e formas assumidas pelo conflito, em hospitais públicos e privados, na perspectiva da teoria política. A pesquisa (qualitativa) partiu de dois pressupostos, a existência do conflito entre os profissionais, e o entendimento deste como disputa pelo poder. Por meio de entrevistas e questionários levantamos elementos sobre as escolhas das profissões de enfermeira e médico e do padrão de relacionamento entre ambos. As entrevistas, analisadas à luz da literatura e da experiência dos pesquisadores nos hospitais, mostram que as representações simbólicas das profissões, as diferenças de gênero e de origem social fazem parte da origem dos conflitos, estão na genealogia das disputas pelo poder.

Palavras-chave

Poder nas organizações, Gênero, Conflito no trabalho, Relações de trabalho, Gestão de pessoas.

Abstract

The conflicts between nurses and doctors in the hospitals are sources of suffering for both the professions. Organizational conflicts have peculiarity characteristic in hospital environments.

* Psicóloga, psicoterapeuta e doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Brasil. Atualmente é professora da Faculdade Comunitária Taubaté – Brasil.

** Economista, professora titular e docente no Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Brasil.

Bazzarelli, Ítala Maria, & Amorim, Maria Cristina Sanches. (2010). Gênero, Representação Simbólica e Origem Social nos Conflitos entre Médicos e Enfermeiras. *Psicologia Política*, 10(19), 75-89.

The objective of this article is to evaluate the origins and forms assumed for the conflict, in public and private hospitals, under theoretical perspective of the politics. The research (qualitative) left of two points, the existence of the conflict between the professionals, and the understand of the conflict as dispute for the power. With interviews and questionnaires we raise elements on the choices of the professions of nurse and doctor and of the standard of relationship between both. Of agreement with the interviews, analyzed to the literature and the experience in the hospitals, the symbolic representations of the professions, the differences of genre and social origin are part of the origin of the conflicts, are in the genealogy of the disputes for the power.

Keywords

Power, Gender, Conflict in the work, Relations of work, Management of people.

Resumen

Los conflictos entre enfermeras y doctores en los hospitales son fuentes del sufrimiento para ambas profesiones. Los conflictos organizacionales tienen particularidades en ambientes de hospitales. El artículo objetiva evaluar los orígenes y las formas asumidos por el conflicto, en hospitales públicos y privados, en la perspectiva de la teoría política. La investigación (cualitativa) tiene dos puntos de partida, la existencia del conflicto entre los profesionales, y el entendimiento del conflicto como disputa por el poder en las organizaciones. Con las entrevistas y cuestionarios levantamos elementos de las opciones de las profesiones de enfermeras y del doctor y del estándar de la relación entre ambos. Las entrevistas, analizadas a la luz de la literatura y a la experiencia en los hospitales, apuntan las representaciones simbólicas de las profesiones, las diferencias de género y el origen social son parte de la causa de los conflictos, están en la genealogía de los conflictos.

Palabras clave

Poder en las organizaciones, Género, Conflicto en el trabajo, Relaciones del trabajo, Gestión de recursos humanos.

Introdução

Conflitos, sofrimento e prazer fazem parte da vida das pessoas nas organizações capitalistas (Chanlat, 1993; Dejours, 1994). Nas organizações de saúde uma das fontes de sofrimento no trabalho é o conflito entre médicos e enfermeiras (relatado nas entrevistas e respostas aos questionários), problema do qual parte a presente pesquisa. A literatura sobre conflitos nas relações de trabalho é vasta e consolidada há décadas, apresentada sob diferentes correntes teóricas. Na revisão bibliográfica interessa-nos as contribuições da ciência política. Para localizar os conflitos entre estes profissionais, escolhemos realizar a pesquisa em hospitais.

Além do sofrimento causado às pessoas, as disputas entre médicos e enfermeiras provocam intermináveis problemas quanto à assunção das responsabilidades, preparo do paciente e cumprimento das tarefas não estruturadas (que por isso mesmo, não constam da lista de atribuições e são de difícil controle).

Para as enfermeiras, parte do sofrimento origina-se quando da atitude arrogante do médico – esses, quando indagados sobre tais condutas relativamente às enfermeiras, consideravam-nas “normais”, pois “*a vida das pessoas está constantemente nas mãos [do médico]*”. Para os médicos, o sofrimento vem das frustrações do exercício da medicina e a dificuldade nas relações com o corpo de enfermagem (Bazzarelli, 1999:126).

O conflito existe para as duas categorias profissionais, mas é não é vivido da mesma forma, como apresentaremos adiante. Partindo das contribuições de Michel Foucault (1970), entendemos o conflito como expressão das disputas (assimétricas quanto aos recursos e resultados) pelo poder nas organizações. O poder, por sua vez, se de um lado pode assumir infinitas formas e recursos, de outro, pode originar-se, em determinadas circunstâncias, em elementos recorrentes e por isso mesmo, identificáveis. Quanto às relações de gênero, serão analisadas na perspectiva do patriarcalismo (Safiotti, citado por Perez, 2007), que nos leva a olhar a enfermagem como profissão feminina, não apenas em virtude da maioria de mulheres nos seus quadros, mas fundamentalmente pela valorização do cuidar como constituinte do trabalho. Em contrapartida, a despeito do aumento do número de mulheres, o exercício da medicina prossegue masculino, valorizando o ato de curar (Tamayo, 1997).

Seguindo Foucault (1970), são várias e mutáveis as origens do poder nas organizações pesquisadas. Trabalhamos durante anos na intersecção entre as pesquisas sobre gestão nas organizações de saúde e gênero. A literatura e a experiência nos ambientes do setor saúde sugeriam-nos estudar três elementos: as diferenças sociais, de gênero e das representações simbólicas. Nesse rol de elementos, é vasta a contribuição da sociologia das profissões da saúde. Nunes (1999, 2003), Prescolido e Kronenfeld (citados em Nunes, 2003) já apontaram a insatisfação das enfermeiras na hierarquia médica. Propusemo-nos a investigar como esses pontos levantados pela literatura se materializavam nos hospitais, como alimentavam – ou não – o conflito.

As representações simbólicas aparecem nas repostas sobre os motivos de escolha da profissão. As diferenças de gênero surgem no repertório de piadas grosseiras sobre as enfermeiras. Ostensivamente presentes no cotidiano dos hospitais, percebido durante as entrevistas, as piadas foram escolhidas como elemento de análise porque envoltas no humor, escapam, revelando à escuta os valores e intenções de seus autores (Balandier, 1982). Nas respostas, o conhecimento das piadas é várias vezes negado, negação eloquente e reveladora de existência de algo que não pode ser assumido publicamente, a discriminação contra o feminino. As diferen-

ças de origem social não aparecem diretamente nas respostas, resultam da nossa interpretação das afirmações de que médicos estudam mais, dedicam-se exclusivamente a sua formação, enquanto as enfermeiras, por conciliarem estudos e trabalho remunerado, estudam “menos”. Em se tratando de pesquisa qualitativa, o levantamento dos aspectos citados não resulta de maior ou menor incidência nos questionários e entrevistas, mas do empenho de escuta e interpretação que por sua vez, referencia-se na literatura.

1. Metodologia

A pesquisa qualitativa foi realizada em duas etapas, a primeira constituída por 22 questionários, e a segunda por oito entrevistas abertas com enfermeiras e médicos, em quatro hospitais do Estado de São Paulo: berçário de uma santa casa voltada exclusivamente para o atendimento ao Sistema Único de Saúde – SUS; hospital privado com fins lucrativos voltado exclusivamente para pacientes da saúde suplementar, no Morumbi, na capital; hospital infantil privado situado na Mooca, na capital; e hospital regional universitário situado no interior. A natureza do hospital – se SUS ou com fins lucrativos – e a renda dos pacientes atendidos são elementos fundamentais para estabelecer diferenças significativas quanto à cultura organizacional e estrutura de carreira.

Os onze médicos (homens e mulheres) e onze enfermeiras (um homem) responderam aos questionários sem contato pessoal com a pesquisadora. As respostas dos questionários permitiram organizar a segunda fase da pesquisa, as entrevistas: três primeiras com médicos e cinco com enfermeiras. Os questionários foram organizados com vistas a entender a genealogia dos conflitos.

O modelo de entrevistas possui validação na psicologia clínica em sua prática de escuta, com a qual pretendíamos ir além da coleta de dados estruturados. Avaliamos não apenas o discurso explícito, mas também a subjetividade das falas e o significado das negações (quando e como, por exemplo, os profissionais afirmam não conhecer piadas sobre médicos e enfermeiras). As entrevistas e os questionários têm as mesmas questões porque pretendíamos avaliar os mesmos fenômenos por meio de dois instrumentos diferentes, cabendo à entrevista melhorar nosso entendimento das respostas obtidas com os questionários. Procuramos trabalhar as dimensões objetivas e subjetivas dos discursos e para tanto, em que pese a necessidade de editar as respostas à formatação do presente artigo, cuidamos em manter as expressões que deram o tom da subjetividade dos entrevistados.

As particularidades das frases obtidas nas entrevistas ou nas respostas manuscritas dos questionários mostram aspectos intraduzíveis do discurso, as paixões, os posicionamentos diante da vida. Tratando-se de pesquisa qualitativa, não se justificou organizar as respostas em quadros ou por recorrência de variáveis comuns. As instituições hospitalares permitiram a pesquisa, de acordo com suas normas internas. Optou-se por não divulgar o nome das instituições para melhor resguardar a identidade dos entrevistados. Esses por sua vez, nomeados apenas pelas iniciais, concordaram individualmente em responder aos questionários e com a divulgação dos resultados nos meios científico-acadêmicos.

1.1. Roteiro das Entrevistas Abertas

- 1) Porque você escolheu a medicina/enfermagem? Teve alguma influência?

- 2) O que a profissão traz para você?
- 3) Qual sua relação com os outros pares?
- 4) Você trabalha com outros profissionais da saúde? Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?
- 5) Você conhece piadas sobre as enfermeiras? E sobre os médicos?

1.2. Roteiro dos Questionários

- 1) Porque você escolheu a medicina/enfermagem?
- 2) O que a profissão traz para você?
- 3) Qual sua relação com os outros médicos / enfermeiras?
- 4) Como você percebe o trabalho das enfermeiras / médicos?
- 5) Você conhece piadas sobre médicos e enfermeiras?

2. Referências Simbólicas, Gênero e Origem Social nas Relações de Poder nos Hospitais

A literatura sobre conflitos nas organizações recebeu grandes contribuições da psicologia/psicologia social, da sociologia das profissões e da ciência política, na qual posicionamos nossas análises, em que pese a arbitrariedade de classificar autores nesta ou naquele compartimento teórico (Robbins, 2005; Amorim & Perez, 2007; Nunes, 2003).

Para dar conta do nosso objeto de estudo, recorreremos às categorias de pesquisa da psicologia e aos elementos da política e da antropologia, no empenho de compreender o contexto, as dinâmicas e os aspectos objetivos e subjetivos presentes nas entrevistas e suas respostas. As análises fundadas na psicologia são suficientemente conhecidas no meio acadêmico, e, no empenho em contribuir para ampliar a discussão do tema, escolhemos olhar as respostas pelo ângulo da política, como se pode verificar ao longo do texto e na bibliografia do artigo.

Autores inspirados em Weber (1987), largamente utilizados no mundo do *management*, apresentam classificações das bases e formas de exercício de poder, tais como poder formal, coercitivo, de recompensa, legítimo, etc. (Robbins, 2005) Na perspectiva de Foucault (1979) as relações de poder não são classificáveis quanto à totalidade de suas possibilidades, variam infinitamente na medida em que variam os atores, o contexto e os objetos disputados. Quaisquer taxonomias quanto à forma jamais seriam completas, daí o Foucault escolher como princípio metodológico entender a genealogia do poder.

Sem a pretensão de esgotar, mas de indicar elementos relevantes, discutimos o papel das referências simbólicas, das relações de gênero e da origem social na construção do lugar a partir do qual médicos e enfermeiras exercem suas atividades profissionais.

Usamos enfermeira, substantivo no feminino, porque nos pareceu a maneira mais adequada de discutir conflitos profissionais atravessados pelas questões dos gêneros. O uso do substantivo médico no masculino indica não a maior presença de homens no exercício da profissão, mas o controle histórico destes últimos na organização da atividade e no controle das instituições estatais relativas à saúde (Perillo, 2007). A diferença de gêneros não é, *per se*, fonte de conflito; porém, na cultura marcada pelos valores do patriarcalismo (Safiotti, citada por Perez, 2007) e em organizações nas quais está em disputa o poder, ser homem ou mulher

funciona também como argumento ou instrumento de dominação. Nossa pesquisa também não nos permite avaliar as especificidades nos conflitos entre médicas e enfermeiras.

As discriminações por gênero são proibidas na legislação brasileira (Brasil, 1988). O patriarcalismo, em determinados ambientes, já não produz atitudes explícitas de discriminação, o que não significa sua superação no cotidiano das organizações (Perez, 2007). Para nossa análise, no ambiente hospitalar é importante perceber o que não é explícito, o que perpassa, o que estrutura relações. O anedotário da profissão chamou nossa atenção como referência sensível desse universo de representações marcado pelos valores patriarcais. As piadas beiram o pornográfico, não as reproduzimos para não contribuir com a divulgação de semelhante discurso.

Graças à informalidade e ao tom de brincadeira, as anedotas expressam parte dos valores do grupo dos médicos, ilustrando cruelmente os preconceitos e os conflitos. Balandier (1982) denomina essa prática de teatro da zombaria. No contexto hospitalar, os elementos recorrentes e estruturais do anedotário são a sexualidade na forma de prepotência do médico sobre a enfermeira e a cupidez do médico no exercício da prática médica. As piadas, apenas anunciadas durante as entrevistas e questionários, foram contadas durante as conversas informais ao longo da pesquisa, inclusive pelos profissionais com pouco tempo de profissão.

Conheço piadas sobre enfermeiras e mais ainda sobre médicos. (P.S.M., médica neonatologista, 27 anos, três anos de profissão)

As piadas sempre desqualificam um dos personagens da pequena história, porém, em níveis diferentes. A cupidez dos médicos é associada à esperteza, e, portanto, traz a marca da superioridade sobre os supostos ingênuos apanhados na armadilha; a sexualidade das enfermeiras, no repertório das piadas, está associada à subalternidade, ao rancor e à ingenuidade. A piada, de forma chula, traz à tona uma das fontes do poder dos médicos sobre as enfermeiras: as relações de gênero.

As relações entre médicos e médicas não figuram no anedotário e, conforme se verá abaixo, parte dos médicos pesquisados não admite conhecer piadas sobre enfermeiras, quando de fato, o “teatro da zombaria” tendo estas últimas como alvo preferencial, desenvolve-se em todos os espaços do trabalho. Não estamos afirmando que as médicas estejam a salvo dos preconceitos originados nas diferenças de gênero. Nas organizações pesquisadas, essa situação, se existente, não surgiu por meio do anedotário.

No campo das relações sócio-econômicas, o médico tem origem mais elevada, relativamente às enfermeiras, fato que continuará presente nas atividades profissionais. O currículo de medicina impõe aos alunos atividades de tempo integral, tornando impossível o trabalho remunerado ao longo da graduação. O curso de enfermagem, em contrapartida, comporta o trabalho para obtenção de renda durante a formação acadêmica, viabilizando inclusive, a passagem do nível técnico para o superior, prática impossível para os médicos.

Através [de conversas com uma auxiliar de enfermagem], começou a despertar meu interesse. [...] me matriculei em um curso de auxiliar de enfermagem. No final do primeiro estágio fiz uma prova no hospital e passei e já comecei a trabalhar e a gostar mais ainda do curso e da enfermagem. No final do ano prestei vestibular e passei. (A.T.B., enfermeira, 27 anos, três de profissão)

As condições de ingresso selecionam previamente o aluno de medicina por renda familiar. Quando graduados, enfermeiras e médicos levarão para o local de trabalho e para as formas assumidas nas relações de poder, as marcas de subalternidade e autoridade da estratificação social do Brasil. A educação médica, por sua vez, é tratada por Becker, Geer, Huges e Strauss (1992) em estudo clássico da década de 60, nos EUA.

Na obra Foucaultiana, o saber é uma das formas históricas que funciona como fonte de poder. Em nosso objeto de pesquisa, as alegadas diferenças de saberes não resultam da quantidade de horas investidas na formação de cada profissional, mas de fato, nas diferenças sociais de origem.

[...] *Alguns médicos se colocam como superiores a todos, então eles tratam as pessoas com diferença, não é por aí, somos todos iguais. Ela [a medicina] é a mais difícil, em virtude disso, alguns se julgam todos poderosos, donos do hospital, [...].* (A.T.B. enfermeiro, 27 anos, três anos de profissão)

Se valesse a regra do maior saber, enfermeiras com maiores qualificações formais não enfrentariam resistência aos seus conhecimentos. Simultaneamente, o aceite do saber do médico pode originar-se não no controle da técnica, mas na sensação de segurança que propicia, como relatado pela enfermeira.

[A relação com os médicos] *é difícil, pelo fato de alguns não darem tanta importância as nossas observações [...]. Os médicos são importantes no hospital porque no decorrer dos plantões percebe-se a segurança que alguns transmitem ao lidar com casos complicados, não deixando toda a equipe estressada e amedrontada, e tudo termina bem.* (M.R.A.P., 28 anos, três anos e meio de profissão, enfermeira especializada em administração hospitalar e UTI neonatal)

O acesso à educação formal tem, no Brasil, raízes na distribuição da renda familiar (Ramos & Reis, 1991). Essa realidade é particularmente válida quando se trata de vagas no ensino superior e também interfere no tipo de curso escolhido. Desde sua fundação, a estrutura do ensino de medicina dos Estados Unidos, a qual o ensino médico brasileiro se molda a partir do século XIX, é propositadamente elitista. Nos Estados Unidos, no intuito de controlar o acesso por classe social, as instâncias governamentais são pressionadas pelas associações médicas para proibir cursos que não sejam de período integral, tentando impedir o funcionamento das escolas do crepúsculo, nas palavras do presidente da American Medicine Association – AMA, em 1903 (Perillo, 2008. Perillo & Amorim, 2007). E a manutenção do período integral tem funcionado desde então, como seleção *a priori* dos candidatos.

Ao lado das relações de gênero e das diferenças econômicas, o papel simbólico da medicina, materializado na figura do médico, também é fonte de autoridade, legitimando mais uma vez o poder do curador sobre a cuidadora, com permissão para o neologismo. De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (Conselho Regional de Enfermagem, 2007), nas primeiras escolas de enfermagem, o médico foi o único qualificado para ensinar, e a ele cabia decidir a funções delegáveis às enfermeiras. No nível simbólico, a medicina tem um mito de origem, enquanto a enfermagem tem uma história constituída pelas experiências heroicas de suas fundadoras (Bazzarelli, 2007). O papel de curar, associado ao campo do mágico e do divino (portanto, superior), pertence ao médico; o papel de cuidar, delegado pelo médico às pioneiras

(portanto, subalterno), pertence à enfermagem. A representação simbólica tem grande importância na escolha da profissão. Comparemos as respostas de médicos e enfermeiras.

Para os médicos, temos.

Escolhi a medicina na busca de ideal de onipotência, poder de decisão sobre vida e realização social. [A medicina] traz realização pessoal. (M. S. B., 45 anos, médico pediatra/neonatólogo / terapia intensiva, 19 anos de profissão)

[Escolhi a medicina] porque é uma atividade profissional que exige uma interação com o ser humano e conhecimento científico muito grande [...]. A medicina me parecia mágica, curar pessoas, uma tarefa difícil, porém gratificante. O curso é um grande desafio, mas eu sempre gostei de estudar e me via num futuro, sendo uma pesquisadora que desenvolvia algo de importante para a humanidade. (A.B.T., 42 anos, médica cardiologista, 18 anos de formada)

Para as enfermeiras, temos.

[Escolhi a enfermagem porque] queria cuidar, estar próxima do ser humano, a profissão me traz satisfação profissional e pessoal. (A.B.P.S.M., 38 anos, enfermeira especializada em administração em saúde, treze anos de profissão)

[Escolhi a enfermagem] por ser uma profissão relacionada ao cuidar, ela me traz motivação. (O.J.C., 35 anos, enfermeira especializada em UTI, quatro anos de formada)

Profissionais de enfermagem também podem ter feito suas escolhas de carreira como segunda opção de vestibular, fato que não encontramos entre os médicos.

[Escolhi a enfermagem] por não ter passado em medicina. [A profissão me traz] preocupação, pouca satisfação financeira e um pouco mais de satisfação pessoal. (L.V.R.P., 31 anos, enfermeira, seis anos de formada)

Desde pequeno eu queria ser médico. [...] minha mãe me deu uma coleção de livros médicos. Tentei [medicina] durante 02 anos [...] e não passei. [...] Através de conversas com uma auxiliar de enfermagem começou a despertar meu interesse [...] me matriculei em um curso de auxiliar de enfermagem. [...] meu interesse foi total. (A.T.B., 27 anos, enfermeira especialista em supervisão, três anos de formada)

A escolha da profissão médica é influenciada em grande medida pela representação simbólica da família, enquanto que na enfermagem, não se notou esse tipo de preparo prévio, como se vê nas citações a seguir.

Escolhi a medicina por que salva vidas, traz a vida. [...] desde pequeno meus pais falavam que quando eu crescesse iria ser médico. [...]. Do dia em que eu me formei (talvez tenha sido uma das maiores, para não dizer a maior emoção de minha vida), quando me disseram, você é médico eu me igualei a tantos outros dos quais tínhamos uma distância imensa, que eram os professores e que a gente olhava como pessoas importantes, quase intocáveis. (J.R.S., 49 anos, médico ortopedista, 20 anos de profissão)

[...] *quando eu era criança, minha mãe gostava de falar, eu gostaria que minha filha fosse médica [...]. Ela pegava revistas de médicos famosos e mostrava; aí, com 10 ou 11 anos aquilo foi ficando na minha cabeça.* (V.A.A.J., 48 anos, médica cardiologista, 25 anos de profissão)

[Escolhi a enfermagem porque] *queria estar próxima do meu namorado e pelas opções entre medicina, enfermagem e odontologia, a profissão me traz frustração.* (R.M.F., 36 anos, enfermeira especialista em saúde pública, 22 anos de formada)

Sempre gostei muito da área de biociência, [...] tive dúvida entre biologia e enfermagem. Acabei por optar por enfermagem, campo mais aberto, com mais opções no mercado de trabalho. [...] fui a primeira da família a optar pela saúde. (R.P.V.D.S., 25 anos, enfermeira especializada em UTI, 4 anos de formada)

Na prática cotidiana do trabalho, a enfermagem é chamada cada vez mais para assumir o gerenciamento dos processos básicos para as atividades de saúde. Alçada hierarquicamente para controlar e avaliar, as enfermeiras precisarão controlar inclusive os médicos, e então, os conflitos e as disputas pelo poder tendem a ser mais explícitos. A organização, por sua vez, crescentemente premeida pela busca da eficácia e de ganhos de produtividade por meio da criatividade (Amorim & Frederico, 2008), não deverá contemporizar da mesma forma com o poder exercido em nome de relações de gênero, de renda e de mitos simbolizadores, ainda que o patriarcalismo venha se adaptando historicamente ao capitalismo.

Meu cargo de supervisão é de muita responsabilidade principalmente porque, à noite, o hospital fica a mercê do supervisor. [...] Temos autonomia para decidir sobre tudo. Temos normas, precisamos resolver os problemas: médico que não gosta de atender à noite, que demora a atender, que atende mal [...]. Tem que falar com muito jeito. Quando há falecimento, nós que fazemos o trabalho [com as famílias], tem muito médico que fica para trás e temos que resolver. (A.T.B., 27 anos, enfermeiro especialista em supervisão, três anos de formado)

A partir do pós-guerra, a prática médica organizou-se no Brasil sobre a estrutura do complexo médico-hospitalar – o hospital era o espaço de acumulação privilegiado. As transformações econômicas mundiais iniciadas no final da década de 70 empurraram os serviços de saúde para outra estrutura, a médico-industrial, sendo a indústria de medicamentos, materiais e equipamentos o novo espaço de acumulação do capital. Uma das consequências do aumento da incorporação de tecnologia na prestação de serviços de saúde é a profunda alteração no trabalho do médico, que passa a estabelecer relações de sub-assalariamento com as fontes pagadoras públicas e privadas.

No Brasil, no complexo médico-industrial o trabalho médico é crescentemente cindido entre uma pequena elite bem remunerada atuando em hospitais para as classes de alta renda, e a imensa maioria mal-remunerada, trabalhando em quatro ou cinco locais diferentes. No primeiro grupo estão os médicos particulares, isto é, não atendem pacientes de convênios médicos; no segundo, estão aqueles cuja profissão depende do convênio, principalmente para as cirurgias e internações. A perda de renda da maioria dos médicos é um fenômeno para acompanhar. Na medida em que a medicina não for mais enxergada como propiciadora de remuneração elevada, por quanto tempo as famílias ainda alimentarão a fantasia do filho médico?

A nova condição de trabalho é relatada na entrevista abaixo.

Hoje, o médico é um fantoche. A medicina perdeu um pouco daquele glamour de que o médico é soberano, tudo pode, tudo faz acontecer, hoje não é bem assim. O médico é um assalariado, tem carga horária estressante, para ter hoje um pouco mais, tem que trabalhar muito, sem contar que se lida com pessoas que não estão alegres (diferentes de outros profissionais), então fica muito difícil viver dentro de um hospital e tentar manter uma harmonia. (J.R.S. 49 anos, médico ortopedista, 20 anos de profissão)

Parte da ciência política, marcada pelo pensamento liberal (Hayek, 1987), entende o poder destacado dos contendedores, algo que atua sobre o outro, definindo claramente opressor e oprimido. Para a análise das presentes entrevistas, partimos de outra visão, inspirada em Foucault (1979), segundo a qual o exercício do poder não é “algo”, dá-se entre pessoas, é uma teia infinita de relações. Fora dos ambientes de extremo controle (prisões, manicômios, etc.) opressor e oprimido podem ser papéis dinâmicos. Note-se, não se sugere que o oprimido possa submeter seu opressor, e sim, que as formas de controle variam. O detentor do poder o detém circunstancialmente, sustentado por instituições e saberes, sempre sob riscos de ataques a sua capacidade de controlar o outro. Às reações de insubordinação ou boicote Foucault dá o nome de contra-poder, pois o oprimido pode encontrar formas de resistência e pressão, que ao longo do tempo, trazem a possibilidade de alteração nas posições entre estes atores.

No sentido dado por Gramsci (1992) à expressão hegemonia, os médicos não reinam absolutos, têm antes posição hegemônica nos hospitais, e sofrem diuturnamente com os conflitos, que se somam à baixa remuneração, vários empregos, etc. O contra poder das enfermeiras, aparece, por exemplo, no recuo tático dos jovens médicos diante das mais experientes, quando da disputa sobre o controle das tarefas:

[...] solicito os trabalhos [às enfermeiras] como se fossem favores, coisas do tipo: você pode fazer? Por favor? (Médico pediatra, 27anos, um ano de profissão)

Os médicos, mesmo no exercício parcial do poder sobre as enfermeiras, são simultaneamente pressionados pelas mesmas, que legitimamente disputam espaços de trabalho mais democráticos.

[...] O pessoal da enfermagem padrão [...], eles vem as coisas que estão erradas e não correm atrás, aí a gente não pode passar, e nem ir além deles. Desde o início do primeiro hospital é sempre assim, confusão de médico com enfermeira, sempre, até de bate-boca, de médico não poder chegar nem perto do serviço delas, de dar opinião, nada, tipo: ‘isso é comigo, o senhor não se meta’, [...] dependendo da enfermeira, ela peita mesmo, [...]. (V.A.A.J., 48 anos, médico cardiologista, 25 anos de profissão)

Na reprodução da fala da enfermeira, permanece o pronome de tratamento “senhor”, mesmo em uma situação na qual a enfermeira “peita mesmo” o médico. A hierarquia formal do hospital foi transgredida, mas outra permanece, amparada nas representações de ambas as profissões.

Se de um lado os médicos beneficiam-se dos privilégios de classe social, gênero e tradição simbólica, por outro, as enfermeiras respondem cada vez mais pelos processos, cruciais para a gestão da organização competitiva, e dessa função, disputam o poder e exercem o contra-

poder. Daí a queixa dos médicos quanto ao grau de atrito no local de trabalho - ora, se o poder fosse absoluto, não escutaríamos o lamento destes, que atinge o ponto de desqualificar completamente a formação e a função da enfermeira no hospital.

[Quanto ao corpo de enfermagem] *eu gostaria de saber o que acontece dentro da faculdade de enfermagem, [...] o que os catedráticos, o que eles falam para seus alunos, [...]. A enfermeira em si não faz nada, não vejo muita utilidade dela dentro de um hospital. [...] porque a maioria [das enfermeiras] faz a parte burocrática, eles andam no hospital o dia inteiro, vendo se tem que transferir, se a área funciona ou não, apertando os auxiliares e técnicos de enfermagem, estes sim trabalham e muito, pois são os que fazem todo o procedimento seja em um pronto-socorro, como no leito. O enfermeiro fica isolado em uma sala e enquanto o médico e os auxiliares, técnicos estão suturando, socorrendo, eles estão fazendo escalas, transferências, [...] um enfermeiro, até de uma forma grosseira, é descartável. Se você tirar o enfermeiro de um hospital, o hospital anda da mesma forma.* (J.R.S, 49 anos, médico ortopedista, 20 anos de profissão)

Conclusões

Para o grupo estudado, a escolha da medicina como profissão origina-se em elementos não excludentes: altruísmo, desejo latente de onipotência (presença de elementos psíquicos esquecidos na esfera subliminar da consciência, donde podem ressurgir), visão grandiosa da profissão e influência familiar. A análise destes elementos é geradora de polêmica. De um lado, é possível aceitar os discursos como expressão direta da motivação dos médicos, como na análise de Parsons (1967), nos anos 1950; de outro, há crítica de Becker e col. (1992), que identifica nos mesmos a demagogia a ocultar cinismo e cupidez, em grande medida, aprendidos nas escolas de medicina. Entre os extremos, salientamos que um dos temas recorrentes nas piadas é a cupidez do médico, não obstante, consideramos que o desejo de servir a uma grande causa também está presente na escolha pela profissão.

O poder das representações simbólicas sobre a vida das pessoas e de uma sociedade orienta a opção pela medicina. Essas representações são formadas pela visão de grandiosidade da profissão, que ainda sobrevive e impera sobre todos os problemas dos sistemas de saúde no Brasil, dos baixos salários da grande maioria dos médicos (CREMESP, 2008) e da precariedade das condições de trabalho (por exemplo, os múltiplos empregos necessários para elevar a renda). A família influi na formação desse mundo de símbolos dos médicos, como se pode perceber nas respostas aos questionários e nas entrevistas.

A possibilidade de exercer o poder como manifestação de onipotência (capacidade de salvar vidas, curar) fornece um elemento compensador para a rotina profissional de alegrias e tristezas, carga excessiva de trabalho, propiciando satisfação pessoal no ambiente competitivo e conflituoso do hospital.

De acordo com a ética prevalente nas economias de mercado (Wolf, 1990), a competitividade é uma característica necessária ao desenvolvimento da sociedade. Se de um lado, a organização deve conviver com a contradição entre valores competitivos e solidários, de outro, para o indivíduo, quanto mais competitivo o ambiente, mais insalubre o local de trabalho. Assim, o apelo à representação simbólica da profissão e a possibilidade de tangenciar a onipo-

tência devem ser suficientes para compensar mais um problema no trabalho, o ambiente competitivo (Bazzarelli, 2007).

Para o grupo estudado, a escolha da enfermagem origina-se no desejo individual de cuidar, opção no rol dos afetos individuais, que por sua vez, propicia realização profissional. Enquanto os médicos pautam-se pela afirmação do ideal de grandeza e onipotência, as enfermeiras têm como motivação a importância do cuidar. Seria oportuno avaliar, em outra pesquisa, qual seria o grau de satisfação profissional das enfermeiras quando alocadas exclusivamente nas atividades gerenciais.

A medicina legitima a ocupação de posições dominantes em virtude do mito de origem da profissão, reafirmado pelas representações da sociedade, pela origem social e pela hierarquia dos hospitais. A posição de mando é congruente aos valores fundadores, permitindo combinar desejos latentes de onipotência e altruísmo. As agruras da formação escolar nos moldes elitistas contribuem para fazer do médico o herói, que uma vez graduado, sente-se no direito de ser reconhecido como líder. E essa é uma referência importante para tolerar o ambiente competitivo dos hospitais, as frustrações e a precariedade das condições de trabalho.

A enfermagem, por sua vez, não associa obrigatoriamente cuidar e desejos de onipotência, podem obter satisfação profissional sem a necessidade do tipo de reconhecimento presente nos médicos. E, como também estão expostas às situações de prazer e sofrimento da atividade em saúde, partilham com os médicos e pacientes as agruras do enfrentamento morte – vida. Não têm porque aceitar condutas pautadas por um papel supostamente superior do médico.

Com diferentes perspectivas quanto as suas profissões, enfermeiras e médicos têm uma base propícia ao conflito, não apenas pelas contradições características das organizações capitalistas, mas também por elementos subjetivos como a percepção do significado do gênero, da representação simbólica e origem social. Esses três elementos produzem no médico a presunção de superioridade como cultura, e conseqüentemente, as atitudes arrogantes. Ao mesmo tempo, as pressões para a introdução de processos e pelo domínio da prática médica pela organização recolocam a enfermeira na carreira hospitalar, destinando-lhe os cargos gerenciais. É nesse contexto que estouram os conflitos, expressões da disputa pelo poder entre ambas as categorias profissionais.

Diante das tentativas de dominação, as enfermeiras exercem o que Foucault (1979:36) chama de contra poder. Não apresentam comportamentos submissos (ou a queixa de dificuldades no relacionamento não existiria para médicos e enfermeiras), controlam um tipo de recurso geralmente, fora do foco de atenção dos médicos, a disposição em acolher o paciente.

Quando há falecimento, nós [enfermeiros] que fazemos o trabalho [com as famílias], tem muito médico que fica para trás e temos que resolver (A.T.B., 27 anos, enfermeiro especialista em supervisão, 3 anos de formado)

Some-se o controle gerencial dos processos (imprescindíveis para a prestação dos serviços de saúde). Ao assumir essas posições, podem causar grande desconforto aos médicos, como se os lembrassem do quanto é fantasioso alimentar desejos de onipotência.

No contexto da disputa, surgem os discursos de desqualificação das profissões que se rivalizam e as acusações quanto ao distanciamento do que deveria ser a prioridade de todos, os pacientes. Embora fuja aos objetivos da pesquisa, identificamos também uma tendência de maior aprimoramento e de dedicação à pesquisa por parte das enfermeiras, o que pode açular as rivalidades, pois atenta contra a representação arraigada de poder originário no saber dos

médicos, supostamente maior. Nascem também as piadas, representações sociais das imagens cristalizadas das profissões - o imaginário coletivo é refletido na forma de sarcasmos, como fala socialmente construída. Curiosamente, ou, eloquentemente, poucos admitiram conhecer as anedotas (muitas, extremamente grosseiras), a despeito de tão corriqueiras.

A resultante das relações conflitantes entre enfermeiras e médicos é a deterioração do ambiente e redução da satisfação no trabalho para ambas profissionais. E os atritos, em quaisquer organizações, provocam perda da qualidade no atendimento e de eficácia na utilização dos recursos. Como evoluirá o ambiente de trabalho dos profissionais estudados?

Estruturas socioeconômicas e representações simbólicas sofrem alterações lentas ao longo da história, porém, a maior importância das funções gerenciais nas organizações atua como vetor de mudanças na realidade descrita.

As entrevistas revelaram também os aspectos colaborativos do trabalho nas organizações hospitalares, porém, não era esse nosso foco de pesquisa. A opção teórica não significa que os atritos expliquem a totalidade das práticas profissionais. Tratando-se de pesquisa qualitativa, é obrigatório o cuidado em não generalizar as conclusões obtidas. De todo modo, tendo em vista a dimensão coletiva do conteúdo mítico da medicina, das condições sócio-econômicas e de gênero, esperamos contribuir para o entendimento das origens dos conflitos entre enfermeiras e médicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, Maria Cristina S., & Frederico, Ronaldo. (2008). Criatividade, inovação e controle nas organizações. *Anais da XXXII ENANPAD*, Rio de Janeiro.
- Amorim, Maria Cristina S., & Perillo, Eduardo B. F. (2007). Formação do complexo médico-hospitalar: contribuições da história econômica para a compreensão de problemas atuais. Em Amorim, Maria Cristina S., & Perillo, Eduardo B. F. (Orgs.), *Para entender a saúde no Brasil 2*. São Paulo: LCTE.
- Balandier, Georges. (1982). *O poder em cena*. Brasília: UNB.
- Bazzarelli, Ítala M. (1999). *Sofrimento e prazer no trabalho: análise da enfermagem*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-graduados em Administração. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bazzarelli, Ítala M. (2007). *A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar*. Tese de doutorado. Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Becker, Howard, Geer, Blanche, Hugges, Everett, & Strauss, Anselm. (1992). *Boys in white – students culture in medical school*. New Brunswick: Transation Books.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil – 1988*. Brasília: Senado Federal.
- Chanlat, Jean F. e col. (1993). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Vol. I e II. São Paulo: Atlas.
- Conselho Regional de Enfermagem SP – COREN (2009). Acessado em: 03 de maio de 2009, de: <www.corensp.org.br/conselho/corensp>.
- Conselho Regional De Medicina SP – CREMESP (2008). *Salários aviltantes*. *Jornal do Cremesp*. [São Paulo] fev. nº 245, p. 2.
- Dejours, Christophe e col. (1994). *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Foucault, Michel. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Gramsci, Antonio. (1992). *Poder, política e partido* (2ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Hayek, Frederic von. (1987). *O caminho da servidão* (4ª ed.). São Paulo: Instituto Liberal.
- Nunes, Everardo D. (2003). A sociologia da saúde nos EUA, Grã-Bretanha e França: panorama geral. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), 79-95.
- Nunes, Everardo D. (1999) *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Parsons, Talcot. (1967). *The social system*. Glencol: The Free Press.
- Peres, Regina H. M. (2007). *Mulheres executivas: ascensão e obstáculos nas empresas*. Tese de doutoramento. Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Perillo, Eduardo B. F. (2008). *Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil, 1942/66 – um esboço de historia econômica*. Tese de doutoramento. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais. São Paulo. Universidade de São Paulo.
- Ramos, Lauro R., & Reis, José G. (1991). Distribuição da renda: aspectos teóricos e o debate no Brasil. Em Camargo, José. M. Giambiagi, Fabio. (Org.), *Distribuição de renda no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Robbins, Stephen P. (2005). *Comportamento organizacional* (11ª ed.). São Paulo: Pearson.

- Tamayo, Ruy P. (1997). *De la magia a la medicina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, Max. (1987). *A ética protestante e o espírito do capitalismo* (5ª ed.) São Paulo: Pioneira.
- Wolf, Robert P. (1990). *A miséria do liberalismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Recebido em 07/08/2009.
- Revisado em 31/08/2009.
- Aceito em 04/05/2010.