

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

• *uma reflexão sobre as relações de*
hierarquia e poder entre profissionais

Augusto César Costa Cardoso*

Autor correspondente: augustocardoso@bahiana.edu.br

* Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia. Atualmente é professor da UNEB e professor adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Não tem sido muito estranho, para os que estão nas mais diferentes frentes de lutas e ações na defesa de um sistema de saúde para todos – universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania – que um dos temas mais tratados e problemáticos na organização deste, vem sendo o modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.⁽¹⁾

No interior das principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária Brasileira, tem se tomado como eixo que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalo-cêntrico para um rede-básico-cêntrico.⁽²⁾

Isto advertindo-se, porém, que a noção de rede básica não deve se confundir necessaria-

mente com um espaço físico, pois pressupõe sim, um espaço de trabalho em saúde, e que diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde na atualidade.^(1,2)

O trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública,⁽³⁾ ou seja, deve-se valorizar intensamente a formação de unidades baseadas em equipes autônomas, do ponto de vista da gestão do processo de trabalho dentro do conjunto de lemas estratégicos definidos em política governamental e social.⁽¹⁾

É sabido, pois, que um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores e a recuperação da prática clínica assentada no vínculo

profissional/equipe com os usuários é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional.⁽³⁾ A idéia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, para que haja vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas.⁽⁴⁾

Entretanto, tem sido estudado sobre a tendência corporativa dos profissionais de saúde, sobre as várias modalidades de degradação da medicina de mercado e sobre a burocratização de inúmeras organizações estatais. Todos são processos que limitam a capacidade de resolver problemas por parte dos serviços de saúde e infelizmente a alienação e o descompromisso com a cura e com promoção de saúde não são mais exceções à regra, ademais os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados mas, são ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo.⁽³⁾

Desta forma, os profissionais de saúde participam da construção dos saberes e disciplinas do seu campo, influenciam políticas e também participam da estruturação do mercado da doença e são os principais tradutores dos princípios gerais de cada política para modelos de atenção mais operativos, além do mais, interagem com a sociedade contribuindo para a definição de determinado valor de uso para a vida.^(3,4)

Gonçalves,⁽⁵⁾ suscita a reflexão das práticas de saúde enquanto práticas sociais que se dão em relação de poder. Desta forma deve-se registrar que todo saber assegura uma forma específica de dominação.⁽⁶⁾

Evidência concreta, ao mesmo tempo, da alienação e do poder de que ainda desfrutam médicos e outros profissionais é o modo como se estruturam as relações transferenciais nos serviços de saúde hoje. Os pacientes para um número crescente de

técnicos, acabam reduzidos à condição de objeto, ou algo muito mais próximo ao estado de coisa do que ao de sujeito.⁽³⁾

Este movimento de redução do outro a estado de objeto somente é possível em situações de grande desequilíbrio de poder, ou seja, apenas porque médicos e alguns outros profissionais conservam grande poder diante da impotência do “paciente”, torna-se realizável a repetição da manobra para reduzir o cliente à condição de objeto.^(3,4) Além do mais, o trabalhador de saúde opera em um espaço de “autogoverno” que lhe dá inclusive a possibilidade de privatizar o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando.⁽¹⁾

Apesar de não ser o objetivo maior deste *paper* discutir as distorções das práticas de saúde e suas conseqüências para os consumidores dos serviços de saúde, usuários portadores de dada necessidade de saúde, não me parece também desfocado entender as relações entre os profissionais da equipe de saúde a partir de compreensões a respeito da autonomia no exercício do seu processo de trabalho e do poder derivado do arsenal de saberes específicos e produção de práticas de saúde, assim como a respeito da identidade dos sujeitos em jogo.

Por tanto, as unidades de saúde são locais de cura (aplicação da tecnologia através da atividade), e por isso mesmo também, um espaço de produção, acúmulo e transmissão de poder em meio ao processo de trabalho.

Falar em tecnologia, é pois, ter sempre como referência a temática do trabalho; e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca de produção de “coisas” (bens/produtos) – que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos – que satisfaçam necessidades.⁽⁷⁾

É interessante reparar que todas as opções tecnológicas em saúde procuram ler-nos. Portanto, para ela somos linguagem, e seria interessante ver como cada uma trabalha com esta linguagem e

constitui seu campo tecnológico, mais pesado ou mais leve. Isto nos permite pensar o que significa constituir as pessoas como linguagem e as relações entre pessoas como fonte de riqueza para o proceder tecnológico eficaz em saúde⁽²⁾. Neste sentido, as unidades de saúde são locais de cura (aplicação da tecnologia através da atividade), e por isso mesmo também, um espaço de produção, acúmulo e transmissão de poder em meio ao processo de trabalho.

Assim, discutir a tecnologia não é pensar equipamento e nem o moderno e o novo, mas conectar o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades. Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos.⁽²⁾ Mas deixando claro que não existe só um poder ou só uma tecnologia¹. Nos espaços de atuação das equipes de saúde da família, seja na unidade ou fora da unidade, os seus sujeitos podem estabelecer relações tanto de cooperação como de disputa das propostas. Assim, o estar na equipe é atuar através da tecnologia e do saber visando um resultado, mas num espaço de enfrentamentos.⁽⁸⁾ Cabe definir então, na concepção de Merhy,^(1,2,7) o processo de trabalho dentro da unidade de saúde, como se dará a divisão técnica do trabalho e como será a atuação da equipe multiprofissional

Foucault⁽⁶⁾ é enfático sobre a noção de complexidade que envolve as relações de poder, destacando que desde a invenção do *panopticon* no século XVIII já não se pode confiar em ninguém, pois o poder é organizado como uma máquina funcionando de acordo com engrenagens complexas, em que é o lugar de cada um que é determinante.

¹ Para esclarecer melhor a nossa questão utilizaremos a classificação de tecnologia dada por Merhy *et al* (7): leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção, vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e dura (como nos casos de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Transportando esta constatação para as relações entre profissionais de saúde e seus processos de trabalho tradicionalmente fragmentado, talvez pensar o quanto é possível haver de disputa de poder e as suas possíveis conseqüências disto na interação entre os sujeitos, ou seja, em breve análise dos mecanismos de poder possíveis em uma Unidade de Saúde pensar: como demarcar as posições, os cenários e os modos de ação de cada sujeito/profissional, assim como as possibilidades de resistência e de contra-ataques de uns e de outros.

Sobre a ação dos sujeitos, Hall⁽⁹⁾ chama a atenção de que o que é particularmente interessante, do ponto de vista da história do sujeito moderno, é que embora o poder disciplinar de Foucault seja o produto das novas instituições coletivas e de grande escala da modernidade tardia, suas técnicas envolvem uma aplicação de poder e do saber que individualiza ainda mais o sujeito e envolve mais intensamente seu corpo.

Ruf,⁽⁸⁾ observou em seu estudo sobre a extensão que possui a rede de correlações de força que a atenção primária no Brasil está diretamente vinculado (comunidade, usuários de serviços, profissionais de saúde, gestores, organizações sociais) e o quanto a mesma tem se constituído como um grande desafio na condução e continuidade de suas atividades na medida em que as relações que os atores estabelecem entre si são relações sociais e de poder.

Sobre poder, Bourdieu⁽¹⁰⁾ reflete que: num estado do campo em que se vê o poder por toda parte, como em outros tempos não se queria reconhecê-lo nas situações em que ele entrava pelos olhos dentro, não é inútil lembrar que – sem nunca fazer dele, numa outra maneira de o dissolver, uma espécie de círculo cujo centro está em toda parte e em parte alguma – é necessário saber descobri-lo onde se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto reconhecido: o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem.

Foucault⁽⁶⁾ concorda e observa que a questão do poder fica empobrecida quando é colocada unicamente em termos de legislação, de Constituição, ou somente em termos de Estado ou de aparelho de Estado. O poder é mais complicado, muito mais denso e difuso que um conjunto de leis ou um aparelho de Estado.

O poder disciplinar que se desdobra ao longo do século XIX, está preocupado, em primeiro lugar com a regulação e o controle, a vigilância é o governo da espécie humana ou de populações inteiras e, em segundo lugar, do indivíduo e do corpo.⁽⁹⁾ O poder está envolto no trabalho de cada equipe de saúde, por exemplo, e altera de alguma forma as individualidades dos trabalhadores/sujeitos.

Então, o poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico da mobilização, só se exerce como reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário.⁽¹⁰⁾

Ruf⁽⁸⁾ ainda ressalta no que se refere a atenção primária em saúde que as práticas desenvolvidas por equipes de Saúde da Família estão imersas em questões muito mais complexas do que o “programa” preconiza. Deve-se, pois, problematizar a prática dos seus agentes em equipe não como algo dado por uma norma ministerial, descolado da dimensão humana, mas como qualquer outra ação social sujeita a inúmeras questões que ultrapassam as fronteiras da dimensão técnica dos serviços de saúde.

Nesta direção Testa⁽¹¹⁾ explica que o poder se situa nas organizações, aqui compreendidas no aspecto institucional - isto é, como consolidação burocrática de uma organização em geral -, e no agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais. Além disso, o autor concebe o cenário como espaço social onde se configura as relações entre atores no desenvolver da ação, ou seja, um “campo de forças”, o qual resulta das tensões produzidas pelas ações de diferentes sujeitos

que se constituem atores (individuais e coletivos) em pleno processo de ideologização do trabalho.

Isto significa para Bourdieu⁽¹⁰⁾ que o poder simbólico não reside nos sistemas simbólicos em forma de uma força ilocucionária mas que se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daqueles que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras, ou seja o capital político é uma forma de capital simbólico, crédito firmado na crença e no reconhecimento ou, mais precisamente, nas inúmeras operações de crédito pelos quais os agentes conferem a uma pessoa – ou a um objeto – os próprios poderes que eles lhe reconhecem.

O capital pessoal de notoriedade e de popularidade – firmado no fato de ser conhecido e reconhecido na sua pessoa (de ter um nome, uma reputação, reconhecimento) e também o fato de possuir um certo número de qualificações específicas que são a condição de aquisição e da conservação de uma boa reputação – é frequentemente produto da reconversão de um capital de notoriedade acumulado em outros domínios, em particular, em profissões que, como as profissões liberais, permitem um tempo livre e supõem em certo capital cultural.⁽¹⁰⁾

A forma pela qual se constituíram, historicamente o corpo de conhecimentos científicos, o sistema de normas e a organização corporativa da profissão médica ajudam a entender a aquisição mais forte de certo capital cultural⁽¹²⁾ quando comparado com outras profissões do campo da saúde. Com o nascimento da clínica no século XVIII a autoridade médica é reforçada e já a partir da idade moderna é institucionalizado o ensino médico e o combate sistemático ao charlatanismo, surgem desta época também a concepção da relação política entre saúde e sociedade: a doença pode ser erradicada pela recuperação da saúde do corpo social. A luta

contra a doença começa com a luta contra os maus governos, e nela os médicos devem assumir um papel de destaque.⁽¹³⁾ Desta forma aparece marcadamente a redefinição da medicina como prática social através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar, dando novos significados à saúde e interferindo na organização das populações e de suas condições de vida.^(12,14)

A análise das políticas de gestão de pessoas por meio dessa abordagem caracteriza sua utilização como ferramenta organizacional que possibilita o exercício do poder disciplinar sobre os indivíduos. As novas técnicas e estratégias que os gestores da força de trabalho têm utilizado possuem efeito disciplinador mais abrangente, já que potencializam a distribuição espacial dos indivíduos, o controle e a monitoração de suas atividades.⁽¹⁵⁾

Portanto, métodos que visem a obtenção de conhecimento, categorização, vigilância e avaliação de indivíduos são considerados ferramentas efetivas para a “docilização” de seus corpos, mesmo quando provocam resistência.⁽⁶⁾ Essas práticas disciplinares se constituem em estratégias de poder que, por serem formadas pelo conhecimento, transformam-se em práticas discursivas que também regulam a mente e ordenam as emoções. Assim, como não há afinidade entre discurso, prática e interesses, o poder também não pode ser entendido como uma estratégia única, e sim como uma rede de alianças mais ou menos estável que se estende sobre um terreno mutável de interesses. Nesse caso, os pontos de resistência resultarão na quebra e reformulação dessas alianças.⁽¹⁵⁾

Se, como entende Foucault, as instituições de maneira geral são instâncias disciplinadoras de atitudes e comportamentos, os próprios agentes que as conduzem (no caso os trabalhadores da saúde) estão nela inseridos sob esse “risco” de terem seus corpos e mentes disciplinados, docilizados, mas entendemos que estão principalmente num movimento permanente de luta com/contra isso ou menor alienação, maior ou menor autonomia, de-

pendendo da perspectiva em que se direciona (protagoniza) a inserção no trabalho, operando como um modo passivo de existir.⁽¹⁶⁾

A partir desta análise Campos,⁽¹⁷⁾ sugere uma revolução no método de gerir um coletivo. No dizer do autor algo muito simples, mas com grande potencial transformador, capaz de instituir outro padrão de relações humanas nas empresas, organizações e instituições. Seria como admitir, explicitamente, como uma diretriz com conseqüências operativas, que os coletivos organizados têm vários centros motores e mais de uma finalidade e que, portanto, funcionam segundo, pelo menos, duas racionalidades diferentes: uma lógica para produzir valores de uso e outra para assegurar a sobrevivência da organização e a própria realização financeira, profissional e pessoal de toda a gente que aí trabalha ou que dela dependa. No fundo, tratar-se-ia de uma revalorização do trabalho e do trabalhador - uma defesa radical do ser humano, não somente em sua dimensão econômica. A reflexão de que no campo da saúde as relações sociais e a convivência entre os seres humanos não devem ser ignoradas, pois são percebidas como necessárias e importantes para as relações no trabalho.⁽¹⁸⁾

Referências

1. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: Merhy EE, Onocko R (Cor.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires. Hucitec/Lugar Editorial, p. 71-112, 1997.
2. Merhy EE. A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas. IN: Merhy EE, Onocko R (Cor.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires. Hucitec/Lugar Editorial, p. 197-228, 1997.
3. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: Merhy EE, Onocko R (Cor.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires. Hucitec/Lugar Editorial, p. 229-266, 1997.

4. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. IN: Cecílio LCO (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
5. Gonçalves RBM. Prática de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. São Paulo, 1988, 64p.
6. Foucault M. A microfísica do poder. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1998.
7. Merhy EE *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. IN: Merhy EE, Onocko R (Cor.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires. Hucitec/Lugar Editorial, p. 113-150, 1997.
8. Ruf A. Mas, afinal, quem é o sujeito das mudanças ? Uma análise da dimensão tecnológica e intersubjetiva das práticas de saúde do PSF. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 2006.
9. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006, 102 p.
10. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: BCD Reunião de Editotas S.A., 2001, 311 p.
11. Testa M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação. O Caso Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC / ABRASCO, 1995.
12. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975, 174 p.
13. Scliar M. Do mágico ao social. Porto Alegre: LPM Editores, 1987, 111 p.
14. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Livraria duas cidades, 1979, 124 p.
15. Cappelle MCA, Brito MJ. Trabalho, gestão e poder: disciplina e auto-regulação humana. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, 92 p.
16. Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humaniza SUS: o cotidiano do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. IN: Santos-Filho SB, Barros MEB (Org.). Trabalhador da saúde – muito prazer ! Ijuí: Ed. Unijuí, p. 73-96, 2007.
17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2ª. ed., 2005, 237 p.
18. Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GTM. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto Contexto Enferm, 2010;19(2):378-85.