

CARLA APARECIDA SPAGNOL

**A TRAMA DE CONFLITOS VIVENCIADA PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR:
como explicitar seus 'nós'?**

CAMPINAS

2006

CARLA APARECIDA SPAGNOL

**A TRAMA DE CONFLITOS VIVENCIADA PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR:**

como explicitar seus ‘nós’?

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SOLANGE L'ABBATE

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sp13t

Spagnol, Carla Aparecida

A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar : como explicitar seus 'nós'? / Carla Aparecida Spagnol. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Solange L'Abbate

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gerência. 2. Equipe de enfermagem. 3. Administração de pessoal em hospitais. 4. Processos grupais. 5. Hospitais públicos. 6. Administração hospitalar. I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês: *Conflicts experienced by the nursing team at a hospital context: how can we find the 'knots'?*

Key-words:Management

Nursing team

Personnel management

Group processes

Public hospitals

Hospital administration

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde coletiva

Banca examinadora: Profa. Dra. Solange L'Abbate

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Profa. Dra. Eliete Maria Silva

Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz

Data da defesa: 16/02/2006

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientadora: Profa. Dra. Solange L'Abbate

MEMBROS:

1- Profa. Dra. Solange L'Abbate

2- Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

3- Profa. Dra. Clarice Aparecida Ferraz

4- Profa. Eliete Maria Silva

5- Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/02/2006

DEDICATÓRIA

Às enfermeiras, co-autoras do dispositivo de análise, utilizado no segundo momento de coleta de dados dessa investigação. Agradeço a disponibilidade de vocês, a coragem e o desejo de enfrentarem junto comigo esse desafio de construir, coletivamente, um trabalho. Com a participação ativa de vocês, pude concretizar um desejo: ter essa experiência de trabalhar com grupo, poder olhar nos olhos, falar abertamente e começar a fazer algumas análises conjuntas da prática profissional. Queria ter essa experiência e vocês me propiciaram isso. Espero poder realizar outros trabalhos com vocês e com outros colegas do hospital, pois o doutorado não é o meu ponto final.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço aos meus pais, Nelson e Zélia e a minha irmã Luciane por acreditarem em mim e por me incentivarem a sempre transformar meus desejos em realidade.

Ao Raul Enrico, meu sobrinho e afilhado, pois sua vinda ao mundo me encheu de energia, força necessária para que a cada dia não me faça desistir dos meus sonhos. Seu nascimento me trouxe felicidade e esperança para “construirmos” uma vida cada vez melhor.

Vocês são pessoas importantes e fundamentais na minha vida!

Ao nosso Senhor todo poderoso, que nunca me abandonou em todos os momentos da minha vida!

À Professora Dra. Solange L´Abbate, que me acolheu em Campinas, orientou o trabalho com muita dedicação e paciência. O seu incentivo constante e as suas reflexões trouxeram grandes contribuições para meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Você é mais que uma orientadora, é uma grande amiga!

Ao orientador estrangeiro, o professor Dr. Antoine Savoye e especialmente aos professores franceses Gilles Monceau e Danielle Guillier, por terem propiciado o conhecimento de outras realidades. As discussões que eles proporcionaram durante meu estágio (doutorado sanduíche) no exterior me incentivaram a realizar o segundo momento da pesquisa- a utilização do dispositivo socioanalítico.

À Professora Dra. Marília Alves, chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada da EE-UFMG e minha amiga. Obrigada por ter se preocupado comigo durante todo o meu percurso acadêmico, sempre oferecendo seu apoio.

Às professoras Dras. Maria José Brito e Sandra Saar, pelas valiosas contribuições que enriqueceram as tantas (re) estruturas do trabalho, a fim de construir a versão final. Obrigada pela disponibilidade e esforço de vocês.

Ao professor Dr. Jairo, que mesmo estando distante sempre me incentivou no desenvolvimento desse trabalho. Você é o intelectual que eu tenho como espelho!

Aos colegas que conheci na disciplina de Análise Institucional: Ana Lúcia, Beth, Carla, Cidinha, Elaine, Gisleide, Inês, Leniter, Lia, Lúcia, Luciane, Luiz, Rita, Roberta e Sandra, as nossas discussões em sala de aula trouxeram grandes contribuições teóricas ao longo da construção desse trabalho. Além disso, tivemos vários momentos agradáveis. Agradeço especialmente à Sílvia e ao Sílvio por terem me oferecido apoio e infra-estrutura em Campinas para que eu pudesse realizar meus estudos com tranquilidade.

À minha amiga Valdirene com quem eu pude compartilhar os vários momentos desse trabalho. No Brasil, na Espanha, em Portugal ou na França ela escutou cuidadosamente todos os meus desabafos e alegrias.

Às amigas Maria e Marlene, sempre solidárias, vivemos ótimos momentos em Paris, tenho saudades...

À CAPES pelo apoio financeiro durante a realização do meu estágio de pesquisa na Universidade de Paris 8- Saint-Denis- França.

À aluna Gabriela pela contribuição na transcrição das fitas gravadas nos encontros com as enfermeiras.

À Leoci, secretária da Pós-Graduação do DMPS/FCM- UNICAMP que cuida dos alunos com o maior carinho.

Ao Hospital das Clínicas-UFMG, especialmente ao enfermeiro Ênio e à professora Dra. Eliane Palhares por terem apoiado esse trabalho.

À secretária Valéria e às professoras do Departamento de Enfermagem Aplicada da EE-UFMG, especialmente aquelas da área de Administração em Enfermagem, por terem possibilitado o meu afastamento para o desenvolvimento desse estudo.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na realização dessa pesquisa.

“A vida presa num barbante

E eu quem dava o nó... ”

Ana Carolina

	PÁG.
RESUMO	xxix
ABSTRACT	xxxiii
1- A PESQUISA EM CENA -A cena da pesquisa.....	37
1.1- Apresentação	39
1.2- O início da história, a história dessa investigação	39
1.3- A temática dessa história: conhecendo o objeto de estudo dessa investigação e seus objetivos.....	46
1.4- O cenário dessa história: o Hospital das Clínicas-UFMG.....	56
1.4.1- Minhas implicações com o Hospital das Clínicas-UFMG.....	59
1.4.2- Breve histórico da implantação do novo modelo gerencial do Hospital das Clínicas-UFMG.....	59
2- A HISTÓRIA CONTINUA -Compreendendo a gerência na enfermagem a partir da revisão de literatura.....	65
2.1- Institucionalização da gerência na enfermagem	67
3- A TRAMA DA HISTÓRIA -Os fios ‘teóricos’ que compõem a trama dessa investigação.....	75
3.1- O fio da gestão: visões de conflito nas teorias organizacionais	77
3.2- O fio da gestão em saúde: tecendo algumas considerações	85
3.3- O fio da Análise Institucional: apresentando alguns conceitos	89
3.3.1- Antecedentes históricos e o conceito de instituição.....	90
3.3.2- Um método de intervenção: a socioanálise.....	94

4- O CAMINHO PERCORRIDO NESSA HISTÓRIA-O percurso metodológico que direcionou essa investigação.....	103
4.1- Em busca de um modelo de organização e análise de dados na pesquisa qualitativa	107
4.2- As estratégias de captura da realidade: a fase exploratória e a perspectiva da socioanálise.....	110
4.2.1- A fase exploratória: o primeiro momento da investigação.....	110
4.2.1.1- Apresentando as respostas obtidas na fase exploratória: uma primeira aproximação ao objeto e aos sujeitos do estudo.....	113
4.2.2- Construção coletiva de um dispositivo socioanalítico: o segundo momento da investigação.....	135
4.2.2.1- O primeiro encontro: um momento de construção coletiva de um dispositivo de análise.....	137
4.2.2.2- O dispositivo de análise: relato de sua operacionalização.....	143
5- ANALISANDO A CENA DESSA HISTÓRIA... Um olhar a partir do dispositivo socioanalítico.....	153
5.1- Da demanda da pesquisadora à demanda do ‘grupo sujeito’ da pesquisa	157
5.2- A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem: sua configuração a partir do olhar das enfermeiras.....	173
5.2.1- Percepções de conflito: o ponto de vista das enfermeiras.....	174
5.2.2- Colocando em cena alguns tipos de conflitos que se apresentam no cotidiano hospitalar.....	180

5.2.3- As enfermeiras apontam causas e conseqüências das situações de conflito vivenciadas.....	187
5.2.4- Revelando algumas estratégias utilizadas na ‘resolução de conflitos’	199
5.2.5- Delineando um quadro representativo das facilidades e dificuldades para lidar com situações de conflito.....	213
5.2.6- Lidar com conflitos: tarefa (im) possível para as enfermeiras?...	222
5.3- O dispositivo socioanalítico: um analisador construído.....	240
5.3.1- Desvendando o hospital público: uma organização atravessada principalmente pelas ‘instituições medicina e enfermagem’	240
5.3.2- A possibilidade de desvelarmos alguns (de) ‘nós’ (na) da trama de conflitos.....	257
5.3.3- Eu me implico, tu te implicas, nós nos implicamos: a possibilidade de falar de nossas implicações profissionais e afetivas.....	268
5.3.4- Poder falar para falar de ‘poder’: explicitando algumas transversalidades presentes nas relações de trabalho.....	274
5.3.5- Um momento de avaliação: para as enfermeiras o que o dispositivo socioanalítico possibilitou?.....	277
6- APRESENTANDO UMA DAS VERSÕES FINAIS PARA ESSA HISTÓRIA... A visão de uma pesquisadora implicada.....	285
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	297
8- ANEXOS.....	313
Anexo I.....	315
Anexo II.....	325
Anexo III.....	329

Anexo IV.....	331
Anexo V.....	333
Anexo VI.....	335
Anexo VII.....	337
Anexo VIII.....	339
Anexo IX.....	341
Anexo X.....	343
Anexo XI.....	345

LISTA DE ABREVIATURAS

DMPS/FCM-UNICAMP	Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRH	Diretoria de Recursos Humanos
DTE	Divisão Técnica de Enfermagem
EE-UFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
UFs	Unidades funcionais
VDTE	Vice-diretoria Técnica de Enfermagem

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Estratégias de resolução de conflitos.....	54
Quadro 2- Adaptação da figura 01 denominada “O tratamento de conflito nas Teorias Organizacionais apresentada por BASTOS e SEIDEL (1992).....	83
Quadro 3- Principais facilidades e dificuldades citadas pelas enfermeiras na fase exploratória.....	128
Quadro 4- Cronograma dos encontros propostos para o segundo momento da pesquisa.....	142

RESUMO

Nessa pesquisa, investiguei os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas-UFMG, motivada pelo fato de o enfermeiro desempenhar atividade de gerência nos serviços de saúde e frequentemente lidar com relações conflituosas. Os objetivos delineados foram: conhecer as diferentes percepções de conflito dos enfermeiros; identificar aqueles mais comuns e os principais fatores que geram esses conflitos; compreender como o enfermeiro lida com os conflitos no trabalho; levantar facilidades e dificuldades para lidar com os conflitos e propor aos enfermeiros a construção coletiva de um dispositivo socioanalítico, a ser utilizado como espaço de análise e reflexão da prática profissional, focalizando o objeto de estudo. Por se tratar de um fenômeno processual, optei pela abordagem qualitativa, desenvolvendo uma pesquisa-intervenção em duas fases. Na primeira, realizei uma pesquisa exploratória, com o objetivo de me aproximar dos sujeitos e do objeto de estudo, utilizando um questionário, que foi aplicado, em setembro de 2003, a cento e cinco enfermeiros (105), sendo que desses, trinta e sete (37), o devolveram. Na segunda, utilizei a perspectiva da socioanálise, para construir um dispositivo, visando a criação de um espaço que permitisse à pesquisadora e às pesquisadas realizarem, conjuntamente, análises e reflexões acerca da prática profissional, focalizando situações de conflito vivenciadas no trabalho. Foram realizados cinco encontros nos meses de setembro e outubro de 2005, com duração de duas horas cada, onde participaram seis enfermeiras que, no questionário, responderam afirmativamente quanto à sua continuidade no estudo. Nessa fase, as integrantes ao elaborarem a demanda de análise do grupo, expressaram vários motivos para participarem dessa investigação, dentre eles destaco suas implicações com a pesquisadora. Para as enfermeiras conflito é: diferença de pensamentos e de posições, coisa que incomoda e algo estressante. Apresentam uma visão bipolar desse fenômeno, pois, a princípio, são percebidos como negativos, mas dependendo do ângulo que se olha também o consideram como positivo, isso se forem discutidos com todos os envolvidos e conduzidos adequadamente. Identifiquei os seguintes tipos de conflitos: intrapessoal, interpessoal, intergrupar, de poder e de interesse. As principais causas que geram esses conflitos são: duplicidade de vínculo empregatício; deficiências na estrutura organizacional e no modelo de gerência implantado; escassez de recursos; centralização do trabalho; hierarquia; autoritarismo; imaturidade; escalas de serviço; falta de respeito e compromisso profissional, trazendo conseqüências para as relações interpessoais e para a

assistência prestada. As enfermeiras lidam com situações de conflito, de forma racional, apresentando desejo de fuga, ao realizarem ações imediatistas, a fim de contornarem ou amenizarem a situação, assumindo que não são preparadas para conduzirem questões problemáticas ligadas ao comportamento e relacionamento interpessoal. Sendo assim, em determinadas situações, solicitam ajuda aos psicólogos da Diretoria de Recursos Humanos do hospital. O próprio dispositivo socioanalítico se constituiu em um analisador, permitindo explicitar instituídos e instituintes, implicações e transversalidades, presentes na organização hospital que é atravessada pelas 'instituições enfermagem e medicina'. Diante das avaliações positivas relacionadas aos encontros grupais, sugiro desenvolvermos outros trabalhos tendo o dispositivo socioanalítico como um espaço coletivo de análise e reflexão das relações e práticas profissionais.

ABSTRACT

In this research, I investigated the conflicts experienced by a nursing team at the Federal University of Minas Gerais Hospital, motivated by the fact that nurses manage health care and frequently face conflict situations. The aims of this research were: to learn about nurses different perceptions regarding conflict; to identify the most common conflicts and the main factors that generate these conflicts; to understand how nurses manage conflicts at work; to find out motivations and difficulties to manage conflicts and propose to nurses a collective construction of a socio-analytical instrument to be used as a space for analysis and reflection of professional practice, focusing on the study object. As it is a process phenomenon, I used a qualitative approach, developing an intervention research in two phases. In the first phase, I developed an exploratory research with the purpose to get closer to the subjects and study object, using a questionnaire that was applied in September 2003 to 105 nurses. Among them, 37 responded and sent it back. In the second phase, I used the socio-analysis perspective to build an instrument, aiming at creating a space that would allow the researcher and research to be developed as well as analyses and reflections regarding professional practice, focusing on conflict situations experienced at work. Five meetings happened in September and October 2005, of two hours each, with the participation of six nurses that manifested in the questionnaire their intention to continue the study. In this phase, the members of the group expressed their motivations to participate in the study, emphasized its implications regarding the researcher. According to these nurses, conflict is a difference of thoughts and positions, something that may impair the relationship. They present a bipolar view of this phenomenon as at first they are perceived as negative, but depending on the way they are seen they can be considered positive, if they are discussed with all the persons involved and managed adequately. The following types of conflict were identified: intrapersonal, interpersonal, intergroup, of power and of interest. The main causes that generate these conflicts are: work in more than one place, problems regarding the organizational structure and management, lack of resources, work centralization, hierarchy, authoritarianism, immaturity, work shifts, lack of respect and professional commitment that influence interpersonal relations and the care provided. Nurses manage conflict situations in a rational way, presenting their desire to run away when they implement immediate actions, in order to minimize the situation, assuming that they are not prepared to conduct problems related to behaviors and interpersonal

relationships. Therefore, in some situations they ask for help to psychologists from the Hospital Human Resources Division. The socio-analytical instrument was a means to analyze it, enabling them to expose the situations, implications and transversal intersections that are present at the hospital organization that is crossed by other institutions such as “nursing and medicine”. Considering the positive evaluation of the group meetings, I suggest the development of other works based on socio-analytical instruments as a collective space for the analysis and reflection of relationships and professional practices.

1- A PESQUISA EM CENA-
A cena da pesquisa

1.1- Apresentação

Apresentar esse estudo significa expor a minha obra¹ aos leitores, tendo a oportunidade de explicitar dúvidas, incompreensões, indignações, dificuldades, reflexões, certezas e incertezas, acerca do tema investigado.

Posso dizer que a elaboração dessa pesquisa foi um trabalho árduo, que necessitou de muito esforço, pois, foi construída num processo dinâmico, de idas e vindas, de construção e (des) construção dos meus saberes e das minhas práticas. Ao mesmo tempo, posso afirmar que esta elaboração, também tornou-se um trabalho prazeroso, quando pensava na possibilidade de ver a minha obra ‘pronta’ e (in) ‘acabada’, sendo apresentada aos diversos expectadores² que, por meio da análise e reflexão, disparados por esse ato- o pesquisar- buscaram outras possibilidades para enxergar e enfrentar o mundo da vida e do trabalho nas organizações de saúde.

Nessa pesquisa, pretendi investigar os conflitos cotidianos vivenciados pela equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). Tal problema insere-se numa temática mais ampla da gerência em enfermagem, sobre a qual tenho dedicado minhas atividades docentes e de pesquisa.

Portanto, a partir de agora gostaria de compartilhar com os diversos expectadores, a elaboração dessa obra.

1.2- O início da história, a história dessa investigação

O ano de 1996, foi um ano de mudança. Mudança curricular na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM). O novo currículo estava sendo implantado e os programas das novas disciplinas teriam que sair do papel para serem operacionalizados na prática acadêmica.

¹ A palavra obra está sendo utilizada conforme a definição de CAMPOS (1997 a, p.234): “Por obra entenda-se aqui o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho”.

² Grifo da autora. Expectador é aquele que tem expectativa (aquilo que se espera). Por expectadores entendo os diversos profissionais de saúde, especificamente os da enfermagem, os usuários dos serviços de saúde, os dirigentes destes serviços, os docentes e alunos dos cursos de graduação em enfermagem, a minha orientadora, os membros da banca no momento da defesa, entre outros.

Os programas das disciplinas, que comporiam o novo currículo, foram elaborados pelos docentes responsáveis por áreas como fundamentação básica de enfermagem, saúde do adulto, saúde da mulher e da criança, saúde mental, administração, entre outras. Neste contexto, não participei integralmente da reestruturação da área de administração em enfermagem, pois tinha acabado de tomar posse como professora-auxiliar de ensino e ainda estava me situando na organização.

Nessa reestruturação, a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, que no currículo anterior era oferecida no oitavo (8º) semestre do curso, foi desmembrada em três novas disciplinas: Administração em Saúde, ministrada no 4º período; Administração em Enfermagem I e Deontologia, ministrada no 5º período e Administração em Enfermagem II, ministrada no 7º período.

Das três disciplinas, a de Administração em Saúde foi a única da qual participei da elaboração e da estruturação do seu planejamento, bem como da primeira vez em que foi ministrada aos alunos que saiam do ciclo básico para entrarem no ciclo profissional.

Quanto às demais disciplinas, não tive oportunidade de participar da sua elaboração, nem do momento em que foram oferecidas pela primeira vez, pois estava me inserindo no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Assim, obtive afastamento das minhas atividades, no período de 1998 a 2000, ano em que defendi minha dissertação intitulada: Tendências e perspectivas na administração em enfermagem- um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG (SPAGNOL, 2000).

Ao retomar minhas atividades na EE-UFMG em 2000, agora, como professora das três novas disciplinas da área de administração em enfermagem, fui convocada para participar de algumas reuniões, em que a pauta era a distribuição dos conteúdos teóricos entre os docentes.

Dentre os temas que me foram atribuídos constava o de conflito organizacional, integrante do programa da disciplina Administração em Enfermagem II (Anexo I).

A inclusão do referido tema no programa justificava-se pelo fato de o enfermeiro desenvolver atividade gerencial no seu cotidiano de trabalho (TREVIZAN, 1988; FERRAZ, 1995; BRITO, 1998; SPAGNOL, 2000; SAAR, 2005), que tem como um de seus objetivos coordenar pessoas e tomar decisões, sendo essa, portanto, uma prática basicamente relacional.

Para ministrar a aula supracitada elaborei um material audiovisual a partir de autores como LIKERT (1979), CHIAVENATO, (1992); FRANCISCO et al (1997), MARQUIS e HUSTON (1999), abordando aspectos gerais, tais como: alguns conceitos de conflito, fontes mais prováveis de conflito, categorias de conflito existentes e algumas estratégias utilizadas pelo gerente para lidar com situações dessa natureza. Com o intuito de tornar a atividade mais dinâmica, utilizei um estudo de caso, que trazia questões capazes de levar os discentes a refletirem sobre possíveis condutas frente à mesma.

Contudo, ao final da aula, quando fiz uma auto-avaliação percebi que a forma como havia transmitido aos alunos aqueles conhecimentos foi extremamente idealizada, pois consegui fazer poucas articulações da teoria com a prática desenvolvida pelas equipes de enfermagem nas diversas organizações de saúde.

Apesar de não ter feito, junto aos alunos, uma avaliação formal dessa atividade didática, penso que estes também não conseguiram fazer a articulação do tema em foco com a prática profissional do enfermeiro, visto que durante a aula elaboraram diversas questões, principalmente, sobre como esse profissional poderia no cotidiano de trabalho utilizar determinadas estratégias de resolução de conflito, descritas na teoria. Sendo assim, tive a sensação de estar oferecendo àqueles futuros profissionais algumas receitas, que poderiam ser utilizadas em qualquer ambiente de trabalho, desde que seguidas rigorosamente. Como se isso fosse possível.

Ressalto que esse referencial teórico foi importante, mas não foi suficiente para preparar a aula e responder tanto aos meus questionamentos, quanto aos dos alunos, acerca do tema em foco. Isto porque considero alguns enfoques bastante prescritivos, o que não permite, na maioria das vezes, colocar em análise o conflito, a equipe e a organização.

Nesse sentido, LAPASSADE (1989, p. 13), ao realizar uma crítica aos estudos desenvolvidos a partir do movimento da teoria das relações humanas, explicava com razão que, independente dos objetivos e características de um grupo reunido, sempre haverá uma “dimensão oculta” a ser analisada- a dimensão institucional. Tal constatação o levou em 1963, a definir a Análise Institucional como um método que objetiva “revelar nos grupos, esse nível oculto de sua vida e de seu funcionamento”, compreendendo que esses sempre serão atravessados por instituições, determinadas pela própria sociedade.

Confesso que ainda não tinha pensado de forma mais sistematizada sobre as relações que são tecidas, cotidianamente, entre os enfermeiros, os membros da equipe de enfermagem e os demais profissionais. No entanto, este fato pontual- o preparo da aula- me mostrou o quanto já estava implicada³ (LOURAU, 1975; 1994; 2004); (BARBIER, 1985) e (BELLEGARDE, 2003) com essas questões, desde a época em que atuava como enfermeira na área hospitalar.

No período de 1991 a 1995, atuei em dois hospitais, um filantrópico e o outro público, ambos localizados na cidade de Belo Horizonte-MG. Surgiram, então, meus primeiros questionamentos sobre a administração em enfermagem, alicerçada nos princípios da gerência clássica instituída nessas organizações.

Indagava o quanto, naquela época, vivenciávamos e exercíamos uma administração em enfermagem voltada basicamente para o controle das tarefas⁴. Além disso, “as relações hierárquicas eram impessoais e tinha a impressão de que o funcionário visualizava o enfermeiro como um ‘capataz’ que estava no setor somente para mandar” (SPAGNOL, 2000, p. 08).

³ Segundo L´Abbate (2005, p. 239) o conceito de implicação é um dos mais relevantes para a Análise Institucional: “de forma geral, implicação refere-se ao nosso envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos”.

⁴ Nesse contexto, o controle é apresentado como um dos princípios da teoria clássica da administração, preconizado por Taylor e uma das funções do gerente descrita por Fayol. Essa abordagem teórica influenciou, significativamente, a organização do trabalho hospitalar e da enfermagem, desde a sua institucionalização. Assim, pode-se dizer que o controle, nessa perspectiva, estava restrito ao ato do gerente fiscalizar a execução das tarefas para que fossem realizadas de acordo com as normas estabelecidas e as ordens dadas. Além disso, o gerente tinha a função de controlar o comportamento dos trabalhadores, prezando pela disciplina no ambiente de trabalho.

Pensar sobre esse modelo de gestão racional e hegemônico me fez lembrar o quanto estavam presentes e, ao mesmo tempo, velados os conflitos naquele cotidiano de trabalho. Não sabia como agir diante de algumas situações conflituosas, apresentando certa dificuldade para solucioná-las.

Recordo que, na maioria das vezes, tentava resolver as situações de conflito da melhor forma possível, de acordo com o meu bom senso e a minha experiência profissional. Mas confesso, que em alguns momentos difíceis, preferi negar ou mascarar os conflitos presentes, por considerar que não estava suficientemente preparada para enfrentar esse tipo de situação.

Nossa! Como uma atividade tão pontual- a aula sobre conflitos organizacionais- pôde mexer tanto comigo. Fiz até uma retrospectiva da minha vida profissional, o que me permitiu ter um primeiro *insight*: as relações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem, no contexto das organizações de saúde, podem ser um ótimo objeto de estudo a ser investigado no Doutorado. Sendo assim, cada vez mais, esse tema foi fazendo parte progressivamente dos meus projetos acadêmicos.

Pretendia trilhar outros caminhos. Pensar as relações humanas de forma menos racional e objetiva. Afinal de contas, estou falando de seres humanos e das suas (nossas) interações sociais, que ocorrem no ambiente de trabalho, sendo atravessadas por desejos, interesses, necessidades, poderes individuais e grupais.

Para lidar com as situações de conflito inerentes às relações de trabalho nas organizações de saúde, o enfermeiro ainda pode estar pautado nos princípios da gerência clássica, baseado na centralização das decisões e na lógica do controle, o que no cotidiano pode mascarar as relações interpessoais e os conflitos grupais, levando os profissionais a terem uma visão negativa do conflito, ou até mesmo, negando situações dessa natureza.

O contexto atual mostra a necessidade de criar espaços coletivos e democráticos nas organizações (CAMPOS, 2000 a), que permitam aos gerentes e trabalhadores analisar suas relações de trabalho, explicitando os conflitos existentes, tendo em vista, a produção de grupos sujeitos.

Segundo GUATTARI (1987, p. 92, 96), o grupo sujeito é o que procura ter controle sobre suas condutas, conhece seus objetivos e busca enunciar seus projetos e desejos. Já o grupo sujeitado “sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos”, agindo de forma submissa.

Pondero que o enfermeiro- desde que também busque tornar-se sujeito e não sujeitado- possa contribuir de forma significativa no processo de produção de grupos sujeitos, para que esses tenham oportunidade de analisar e refletir, coletivamente, o seu processo de trabalho, visando a prestação de uma assistência de enfermagem, comprometida com a defesa da vida dos usuários que necessitam do sistema de saúde.

Sendo assim, entendo que o enfermeiro, exercendo atividade gerencial, precisa ter subsídios teóricos e vivenciais para lidar com as relações de conflito, pois deve ser capaz de analisar, juntamente com a equipe, situações de conflito no trabalho, explicitando cada vez mais, os nós da trama das relações tecida diariamente pelos profissionais no contexto organizacional.

Explicitar os nós tem duplo sentido nessa investigação. Desvelar os nós atados pelos trabalhadores nas suas relações com outros trabalhadores, com os pacientes e seus familiares, fabricados no dia-a-dia, nos bastidores, na enfermaria ou durante um cafezinho. Denominados, aqui, conflitos organizacionais, podem ser nós aparentes, muitas vezes, até fáceis de se soltar, mas também, nós invisíveis difíceis de desatar, pois temos resistência para enxergá-los.

Desvelarmos nós, ou seja, nos desvelarmos. É ter a possibilidade de mostrar, quem somos e o que queremos, libertar a palavra, como dizem os institucionalistas. Tirar os véus das instituições e das relações de poder cristalizadas e instituídas nos serviços de saúde, permitindo visualizar as transversalidades que atravessam nossas relações e podermos analisar cotidianamente nossas implicações no contexto das organizações de saúde.

Partindo dessas reflexões e estimulada a investigar tal problemática, iniciei em 2002, o Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, oferecido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de

Campinas (DMPS/FCM-UNICAMP), no qual algumas linhas de pesquisa apresentam a perspectiva de investigar e compreender o trabalho e os processos de gestão, fazendo uma crítica à teoria clássica da administração, bem como buscando formas democráticas para gerenciar o sistema público de saúde.

Ressalto que alguns docentes e pesquisadores como MERHY e ONOCKO (1997), CECÍLIO (1997), MERHY (2002) e CAMPOS (2000 a; 2003 a), vinculados ao referido Departamento, utilizam em seus trabalhos conceitos da Análise Institucional, como ferramentas para analisar a gestão do cotidiano dos serviços de saúde. Segundo L'ABBATE (2003), essa é uma corrente do pensamento que congrega e desenvolve um conjunto de conceitos, bem como de instrumentos que permitem analisar e intervir nas organizações e instituições.

Portanto, para compreender o objeto dessa investigação, utilizarei alguns conceitos da abordagem teórico-metodológica da Análise Institucional, além de conceitos do referencial teórico da gestão, bem como da gestão em saúde, os quais serão os suportes da análise, permitindo a melhor compreensão da problemática e a construção de novos conhecimentos.

Destaco para essa investigação um aspecto relevante da Análise Institucional: a possibilidade de utilizar a perspectiva da socioanálise, o que permite realizar uma pesquisa-intervenção⁵, junto aos enfermeiros do HC-UFMG, tendo em vista as situações de conflito presentes no cotidiano de trabalho. Considerando essa perspectiva, esse estudo está inserido na linha de pesquisa denominada: Análise Institucional e Práticas Educativas.

⁵ De acordo com L'ABBATE (2005, p. 235) “(...) a prática da intervenção foi central para a criação, desenvolvimento e aplicação do arcabouço teórico-prático do institucionalismo”. Diante dessa afirmação e partindo do princípio que um dos referenciais teórico-metodológicos dessa investigação será o da Análise Institucional, não tenho aqui a pretensão de realizar uma intervenção socioanalítica clássica, mas sim me aproximar dos princípios da socioanálise, utilizando um dispositivo para compreender os conflitos vivenciados cotidianamente pela equipe de enfermagem no contexto hospitalar.

1.3- A temática dessa história: conhecendo o objeto de estudo dessa investigação e seus objetivos

O conflito é um fenômeno inerente às relações sociais e à vida organizacional, podendo ter conotações positivas ou negativas, dependendo de como os gerentes lidam ou conduzem essas situações (WALTON, 1972; LIKERT, 1979; MATOS, 1982; HALL, 1984; MACDONALD, 1987; CHIAVENATO, 1992; LAKATOS, 1997; MARQUIS e HUSTON, 1999; MOSCOVICI, 2003 e SORIN, 2003).

Segundo os autores citados, o conflito contém um valor positivo, quando é utilizado como impulsionador do crescimento pessoal e organizacional, da inovação, bem como da produtividade, funcionando, muitas vezes, como um fator desencadeante para processos de mudanças pessoais, grupais e organizacionais. Entretanto, se os conflitos não forem conduzidos adequadamente, podem tornar-se prejudiciais e nocivos à organização do trabalho, interferindo de forma negativa na motivação e no rendimento dos trabalhadores.

Diante desta polaridade conceitual, MATOS (1982, p. 67) alerta que nas situações conflituosas “não importa tanto saber se o conflito é positivo ou negativo, mas como deverá ser tratado, a fim de que não se constitua fator destrutivo para a pessoa e para as organizações”.

CHAGUÉ (2003) destaca que a maior parte dos gerentes, que coordenam as equipes de trabalho nas organizações, preferem não ver o conflito, como se essa palavra no cotidiano não fizesse parte de seu vocabulário.

Mas, de acordo com FALK (2000) é preciso aprender a gerenciar o conflito e, para isso, é necessário, inicialmente, compreender o que é e como acontece esse fenômeno entre as pessoas ou grupos de trabalho.

Segundo ANDRADE et al (2004, p. 23), conflito é um termo proveniente do “latim-*conflictus*-, do verbo *confligo*, do radical grego *flag*, que significa chocar ou chocar-se”.

O dicionário Aurélio da língua portuguesa define conflito como: “embate dos que lutam; discussão acompanhada de injúrias e ameaças; desavença; guerra; luta; combate; colisão; choque (...)” (FERREIRA, 1986). Já o dicionário HOUAISS (2001) menciona que o conflito significa uma “profunda falta de entendimento entre duas ou mais partes; choque; enfrentamento; discussão acalorada; altercação”.

Para MACDONALD (1987, p. 54) “os conflitos podem ir desde choques abertos, a respeito de assuntos importantes, até guerras de morte não declaradas de ambições pessoais”.

Na perspectiva de entender o conflito como guerra de opostos, LIKERT (1979, p.8) descreve o conflito como uma “luta ativa de cada um por um resultado desejável para si, o qual, quando alcançado, impede aos outros de conseguirem o resultado favorável a eles, produzindo, com isso, hostilidade”.

Da mesma forma, RONDEAU (1996, p.206) acrescenta que existirá situações de conflito organizacional

quando uma parte (um indivíduo ou um grupo) perceber um outro como um obstáculo à satisfação de suas preocupações, o que provocará nele um sentimento de frustração, que poderá levá-lo, posteriormente, a reagir em face a outra parte.

Para o autor essa definição é limitada. No entanto, ela evidencia as características que freqüentemente estão associadas à existência de um conflito, descritas como: interdependência, incompatibilidade e interação.

A interdependência existente entre as partes envolvidas, destaca o conflito como um “fenômeno relacional em que cada parte tem necessidade da outra e, ao mesmo tempo, exerce sobre o outro um certo poder, o que lhe permite impor ao outro certas limitações restringindo-lhe a ação”. A incompatibilidade diz respeito “à natureza subjetiva da frustração na origem do conflito”, não sendo, necessariamente, percebida pelas partes envolvidas. Assim, o desenvolvimento de uma situação conflitiva está associado à interpretação que cada envolvido faz de uma determinada situação. “É na interação social

que se exprimem os conflitos”, diz o autor, pois são nos relacionamentos posteriores à frustração inicial de uma das partes, que as discordâncias tomam forma, ou seja, se concretizam (RONDEAU, 1996, p. 207).

Em outra direção, MARCH e SIMON (1981, p. 160) descrevem que o

conflito é uma palavra que tem muitos empregos. No seu sentido mais usual, o termo significa um colapso nos mecanismos decisórios normais, em virtude do qual um indivíduo ou grupo experimenta dificuldades na escolha de uma alternativa de ação (...), há, pois, conflito quando um indivíduo ou grupo se defronta com um problema de decisão.

Extrapolando os problemas que os trabalhadores enfrentam no processo decisório, FLEURY e FISCHER (1985) mencionam que nas relações de trabalho sempre existirá conflito. Isto porque, nas organizações há uma hierarquia, os papéis sociais são diferenciados e a distribuição do poder, geralmente, é desigual.

Além das relações de poder pode-se dizer que as diferentes visões de mundo, das pessoas ou dos indivíduos, influenciam sobremaneira, o relacionamento interpessoal e conseqüentemente interferem na dinâmica dos grupos inseridos nas organizações, o que também gera conflitos no trabalho.

Assim, numa visão mais abrangente FALK (2000, p.04) afirma que os conflitos são

todas as situações que revelam o desacordo, a divergência de interesses ou a oposição de objetivos dos atores sociais na ação coletiva, causando uma ação/reação determinada, provocando um bloqueio dos mecanismos normais de regulação ou da escolha de uma ação pelos atores sociais, seja individualmente, seja coletivamente.

Conforme MARQUIS e HUSTON (1999, p.344) conflitos também são definidos “como discordâncias internas, resultantes de diferenças quanto a idéias, valores ou sentimentos entre duas ou mais pessoas”. Pessoas essas que possuem crenças, conhecimentos, experiências, objetivos e metas diferentes.

Na mesma direção, de acordo com CHIAVENATO (1992); MOSCOVICI (2003) e SORIN (2003) é a partir de divergências de percepção e de idéias que as pessoas se colocam em posições antagônicas, caracterizando assim, uma situação de conflito, sendo essas inevitáveis e necessárias à vida grupal.

ROSSO et al (2003, p. 22) também consideram que o conflito

“pode ocorrer por diferenças de valores, de percepções, de objetivos e instalar-se em diferentes instâncias, ou seja, entre pessoas, entre grupos, entre instituições, nações, assumindo proporções das mais diversas: desde uma simples discussão, uma discussão acompanhada de injúrias, agressões, rupturas, até uma guerra”.

Para SORIN (2003), um conflito pode caracterizar um clima de tensão, provocado pela impossibilidade aparente de se chegar a um acordo entre todos os atores envolvidos na situação-problema. Isso pode criar um impasse, inibindo a comunicação eficaz no interior da equipe.

De acordo com CECÍLIO (2002, p.07), o conflito

é o que escapa, o que se apresenta, o que denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão, o que incomoda. São os comportamentos observáveis, que exigem ‘tomadas de providências’: a briga entre funcionários, bate boca de pacientes com funcionários, disputa de recursos entre unidades diferentes, reclamações de pacientes. Ruídos.

Portanto, para o autor, os conflitos são caracterizados pelos fenômenos, os fatos, os comportamentos que, no cotidiano organizacional, se apresentam na forma de ruídos institucionais.

Além disso, CECÍLIO (2002, p. 06) explica que o conflito existe “quando dois ou mais atores fazem uma apreciação situacional divergente”. Segundo o autor, essa definição parte do conceito de situação apresentado por Carlos Matus, quer dizer, situação entendida como “o recorte interessado da realidade feito por um ator engajado na ação”. Assim, menciona que essa definição está atrelada a duas idéias principais: a primeira afirma

que cada indivíduo tem um olhar específico da realidade, dependendo do lugar que ocupa na organização, na qual está inserido e a segunda evidencia que esse olhar é sempre comprometido com uma ação.

O conflito deve ser, então, compreendido para além da luta de opostos e das divergências de idéias, valores e percepções entre as pessoas, pois esse fenômeno também surge em decorrência do fato de a organização se constituir por indivíduos que demarcam uma posição, disputam projetos, possuem olhares e ações interessadas, sendo suas relações atravessadas o tempo todo por diversas instituições.

Portanto, considero que as relações de conflito são processos dinâmicos e complexos que necessitam ser analisados, constantemente, pelas equipes inseridas nas organizações, a fim de encontrarem estratégias que explicitem cada vez mais os ruídos presentes no cotidiano.

Nessa perspectiva, penso que a utilização de um dispositivo socioanalítico pode contribuir para explicitar os analisadores presentes nas situações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem nas organizações de saúde, emergindo no grupo de trabalhadores questões que estavam latentes na equipe ou na organização.

Segundo L'ABBATE (2004 a, p. 82)

de forma geral o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos.

Tal revelação pode se constituir em fatores positivos para as relações interpessoais e para o desenvolvimento do trabalho, na medida em que enuncia os ruídos e os não-ditos da equipe e da organização.

No que diz respeito às causas que geram situações de conflito no ambiente de trabalho, ROSS e POINTER (1982)⁶ mencionam que as fontes mais comuns desse fenômeno são: os problemas de comunicação, a estrutura organizacional e o compromisso individual nas organizações.

Ainda, para BOWDITCH (1992), o conflito pode ocorrer por uma série de outros fatores, tais como: disputa de papéis, escassez de recursos, mal-entendidos e diferenciação de tarefas.

Todas essas causas podem aparecer no ambiente organizacional, combinadas ou sobrepostas umas às outras, estabelecendo assim, um entrelaçamento dessas fontes geradoras de conflitos.

Dentre os autores que enfocam, em seus estudos o conflito organizacional, destaco LEWIS (1976)⁷ que se preocupou em classificar os tipos existentes, visando conhecer e avaliar precisamente esse fenômeno, antes de se intervir em situações desta natureza. Esse autor identificou três categorias, classificadas como: intrapessoal, interpessoal e intergrupala.

O conflito intrapessoal ocorre no âmbito individual, envolvendo valores ou desejos contraditórios. Uma pessoa vivencia um conflito interior, quando, por exemplo, põe em xeque a opção que fez por determinada profissão, ou ainda, se um gerente necessita tomar uma decisão que vai contra os seus princípios.

Em relação ao conflito interpessoal, esse ocorre quando duas ou mais pessoas possuem valores, crenças e metas diferentes, podendo ocorrer de diversas formas: gerente/trabalhador, gerente/equipe, gerente/chefia superior, gerente/cliente ou trabalhador/gerente, trabalhador/chefia superior, trabalhador/trabalhador e trabalhador/cliente.

⁶ ROSS e POINTER *apud* MARQUIS, B. L. e HUSTON, C. J. **Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação**. Trad. GARCEZ, R. M. e SCHAAN, E. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1999.

⁷ LEWIS *apud* MARQUIS, B. L. e HUSTON, C. J. **Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação**. Trad. GARCEZ, R. M. e SCHAAN, E. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1999.

Por fim, o conflito intergrupual acontece entre dois ou mais grupos de pessoas, departamentos ou organizações. As desavenças entre dois setores de um hospital: a lavanderia e a central de material esterilizado, que são interdependentes, mas possuem metas diferentes, pode ser um exemplo dessa categoria de conflito.

De acordo com SORIN (2003) existem três diferentes tipos de conflitos, ligados aos valores, aos interesses e ao poder, existentes nos grupos e organizações. Os conflitos de valores são as divergências de opiniões, devido às crenças, aos gostos e às personalidades diferentes de cada indivíduo. Já os conflitos de interesse estão baseados na defesa de um ponto de vista ou quando alguma vantagem conquistada por um indivíduo está ameaçada por outro. E os conflitos de poder surgem quando alguém considera que a sua forma de influenciar as pessoas está em perigo, ou ainda, quando há ameaça de divisão do poder com outra pessoa e ela deixa de ter controle das situações.

CHIAVENATO (1992) também apresenta uma classificação de conflito, descrevendo três tipos. O conflito percebido, que acontece quando as partes envolvidas percebem e entendem que esse fenômeno poderá ocorrer a partir da diferença entre seus objetivos, sendo também conhecido como conflito latente, pois, potencialmente, ele existe em diversas situações. O conflito experienciado é aquele que provoca vários sentimentos, como raiva, medo, hostilidade entre os envolvidos, sendo também chamado de conflito velado, uma vez que se apresenta dissimulado, não se manifestando com clareza. O conflito manifesto, que aparece quando ocorre uma interferência ativa ou passiva de uma das partes, sendo denominado, ainda, como conflito aberto, pois se manifesta sem disfarce, ou seja, abertamente entre os envolvidos.

Para CECÍLIO (2002), além dos conflitos manifestos, abertos e observáveis é preciso também ficar atento aos conflitos encobertos, caracterizados pelos ruídos velados que circulam pelos corredores da organização, sendo transmitidos, geralmente, pela “rádio-pião”⁸. Para o autor, conforme o modelo de gestão adotado, esse tipo de conflito não consegue fazer parte da agenda dos gestores, pois são ruídos institucionais que a direção, na

⁸ Pião: “brinquedo em forma de pêra, com uma ponta de ferro que se lança e se faz girar por meio de cordel enrolado nele ou por meio de mola” (BUENO, 1986, p. 862). A “rádio-pião” faz alusão a esse brinquedo, pois, quando é solto rodopia por todos os lados. Portanto, essa é uma expressão popular utilizada nas organizações para caracterizar a transmissão de informações entre os diversos profissionais, de forma rápida, encoberta e informal.

maioria das vezes, deixa de escutar para não ter que enfrentar, duramente, as relações de poder cristalizadas e instituídas no contexto organizacional.

Essas relações de poder geram intrigas entre os profissionais, causando atitudes de submissão e vários sentimentos como raiva e medo, por exemplo, que podem provocar diversas situações de conflito, explícitas ou latentes, as quais necessitam ser analisadas pela equipe de trabalho.

Segundo MARQUIS e HUSTON (1999) os indivíduos que ocupam um cargo de gerência, além de lidar com seus próprios conflitos, ainda devem atuar como mediadores das relações conflituosas da sua equipe, facilitando a resolução desses conflitos no cotidiano.

Dessa forma, alguns autores como MATOS (1982), FRANCISCO et al (1997), LAKATOS (1997), MARQUIS e HUSTON (1999), MOSCOVICI (2003), CHAGUÉ (2003) e outros descreveram várias estratégias que podem ser utilizadas pelos gerentes ao lidarem com situações desta natureza.

Algumas estratégias utilizadas na administração de conflitos apresentadas por esses autores foram caracterizadas no quadro abaixo:

Quadro 1- Estratégias de resolução de conflitos. Belo Horizonte-MG, 2006.

TIPO	ESTRATÉGIA
Confrontação	tentativa de resolver problemas por meio de uma abordagem frontal entre as partes envolvidas.
Compromisso	método clássico de resolução que consiste em estabelecer um acordo por meio de um terceiro que conduz uma negociação.
Abrandamento	ênfase nos interesses comuns, procurando minimizar as diferenças entre os membros conflitantes.
Competição	utilizada quando uma das partes busca o que deseja às custas dos demais.
Colaboração	todos os envolvidos colocam de lado suas metas originais e trabalham em conjunto para estabelecer uma meta comum.
Negociação	cada uma das partes abre mão de alguma coisa, conciliando as diferenças entre as partes envolvidas.
Evitar o conflito	o gerente procura constituir equipes mais homogêneas, com maior afinidade de pontos de vista, metas, objetivos, valores, etc., controla as relações interpessoais, separando os indivíduos agressivos, evitando assuntos polêmicos em reuniões, enfim, manipulando as condições ambientais, físicas e emocionais.
Reprimir o conflito	o gerente mantém as diferenças individuais encobertas sob o ideal do trabalho em equipe, não propicia um ambiente em que as divergências possam ser expressadas, ao contrário, cria um clima de repressão, utilizando recompensas, para aqueles que aceitam as normas vigentes, e punições para aqueles que tentam quebrar a harmonia da equipe.
Aguçar as divergências	o gerente reconhece e aceita as divergências e procura criar situações para se expressar o conflito abertamente, de maneira que possa ser visto e entendido como tal pela equipe.
Transformar as diferenças em resolução de problemas	as divergências individuais ou grupais devem ser compreendidas como enriquecedoras ao invés de se estabelecer um clima de competição do tipo certo-errado, assim, as situações conflitivas passarão a ser problemas que podem ser resolvidos de forma criativa e cooperativa.
Retirada	demorar para responder a uma questão, esquecer-se do problema, deixar que os problemas se resolvam com o tempo e não ter compromisso com as questões problemáticas, são algumas atitudes dos gerentes que utilizam essa técnica, quando querem simplesmente evitar o conflito ao invés de enfrentá-lo.
Mudanças comportamentais	pretende-se atingir as causas do conflito, procurando solucioná-lo definitivamente, na perspectiva de mudar atitudes e comportamentos pessoais.
Mudanças organizacionais	trata, geralmente, os conflitos internos por meio de mudanças estruturais como: criação de novos cargos, transferência de funcionários, descentralização da decisão, delegação de autoridade e outros.
Peso da autoridade	a última palavra decisória é dada por uma autoridade competente.

Diante das várias estratégias de resolução de conflitos, MARQUIS e HUSTON (1999) alertam que o gerente, antes de escolher a mais adequada, precisa levar em consideração algumas variáveis tais como: a própria situação conflituosa, a urgência na tomada de decisão, a importância da questão em foco, além da maturidade, do poder e do *status* dos indivíduos envolvidos.

Concordo com os autores supracitados. Contudo acredito que algumas estratégias descritas apresentam um caráter bastante racional e prescritivo, centralizando a resolução dos conflitos somente na figura do gerente. Além disso, acabam implicitamente enfatizando as linhas de subordinação existentes nas organizações, dificultando uma análise coletiva das relações de trabalho.

Penso que o enfermeiro deparando-se constantemente, com situações conflituosas, utiliza algumas dessas estratégias ao lidar com o conflito no ambiente de trabalho. Mas, tenho dúvidas se esse profissional está preparado para lidar com situações dessa natureza, de forma mais coletiva, isto é, propiciando espaços em que todos os envolvidos tenham a oportunidade de discutir e analisar seus conflitos conjuntamente.

Nesse sentido, CECÍLIO (2002, p. 8) questiona “se seria possível instrumentalizar os gerentes e os coletivos das organizações de saúde com determinados dispositivos que lhes permitam tomar os conflitos” como matéria prima da gestão. Diante desse questionamento, a minha aposta é que sim, pois conforme menciona o próprio autor, a possibilidade de aumentar a capacidade dos gestores em saúde para compreender melhor o que os conflitos estão denunciando, “poderia contribuir para mudanças substantivas no cotidiano das organizações, em particular na relação entre os trabalhadores e entre esses e os usuários”.

O fato de o enfermeiro desempenhar atividade de gerência junto à equipe de enfermagem nos diversos serviços de saúde e estar lidando cotidianamente com relações de conflito, me instigou a desenvolver este estudo, partindo das seguintes indagações: como o enfermeiro percebe as relações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem nas organizações de saúde? Como esse profissional lida com essas situações no seu cotidiano de trabalho?

Assim, a partir das dúvidas e reflexões que foram surgindo durante minha trajetória profissional, associadas à escassa literatura que tem analisado a temática em foco, delimito como objeto de estudo: a problemática das relações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar, analisadas a partir do referencial teórico da Análise Institucional, da Gestão e da Gestão em Saúde, tendo em vista a produção de grupos sujeitos.

Para responder a tais indagações apresento os seguintes objetivos:

- conhecer as diferentes percepções de conflito dos enfermeiros do HC-UFMG;
- identificar os conflitos mais comuns que surgem nas relações de trabalho da equipe de enfermagem e os principais fatores que geram esses conflitos;
- compreender como o enfermeiro lida com os conflitos no cotidiano;
- levantar facilidades e dificuldades que o enfermeiro sente ao lidar com os conflitos no ambiente de trabalho;
- propor aos enfermeiros a construção coletiva de um dispositivo socioanalítico, a ser utilizado como espaço de análise e de reflexão da prática profissional, focalizando as relações de conflito, vivenciadas pela equipe de enfermagem no HC-UFMG.

O cenário da pesquisa foi o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) que, por ser um Hospital-Escola, vinculado à Universidade, é considerado um campo peculiar para o desenvolvimento de atividades de ensino, de pesquisa e de extensão.

1.4- O cenário dessa história: o Hospital das Clínicas-UFMG

O HC-UFMG, fundado em 21 de agosto de 1928, é vinculado à Reitoria e está definido como órgão suplementar da Universidade (LEMOS, 1997). Esta organização hospitalar tem como missão:

desenvolver eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos e a pesquisa na área da saúde, integrando-o com a assistência, responder às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, constituir-se como referência para áreas específicas (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 1999 a, p.4).

Considerado centro formador de recursos humanos, o hospital recebe estagiários dos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como: enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, farmácia e nutrição, além dos alunos de técnico e auxiliar de enfermagem da Escola de Enfermagem Cruz Vermelha e do Serviço Nacional do Comércio (SENAC).

Existem, ainda, convênios para intercâmbios internacionais destinados aos profissionais ligados ao hospital, com o objetivo de estagiarem em países como Cuba, França e Espanha.

A área física construída é de 50.053 metros quadrados, com capacidade instalada para 450 leitos. O complexo hospitalar é composto por: prédio principal- Hospital São Vicente de Paula, onde se encontra o Pronto Atendimento e as Clínicas, distribuídas em 10 andares. Há também o setor ambulatorial que conta com aproximadamente 257 consultórios e 08 salas para pequenas cirurgias, estando assim distribuídos:

- Ambulatório Bias Fortes que atende às diversas especialidades como: clínica médica, cirúrgica, hematologia, pneumologia, ortopedia, entre outras.
- Ambulatório Borges da Costa: endocrinologia e pequenas cirurgias.
- Ambulatório Carlos Chagas: ginecologia e obstetrícia.
- Ambulatório de Quimioterapia.
- Ambulatório São Vicente: pediatria.
- Ambulatório de Dermatologia: dermatologia e doenças ocupacionais.
- Hospital São Geraldo: atende à parte ambulatorial e enfermaria das especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia.

O hospital conta, ainda, com um Bloco Cirúrgico central que possui 23 salas para cirurgias de médio e grande porte, um Centro Obstétrico composto por 05 salas, Unidade de Neonatologia com 32 leitos, Centro de Tratamento Intensivo Adulto com 08 leitos, Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico com 10 leitos e um Centro Dialítico que possui 16 máquinas de hemodiálise (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 2005).

O quadro de pessoal que atua no HC-UFMG é composto por 3.168 funcionários. Destes, 2.042 são contratados pelo regime estatutário, 1.126 são do regime celetista e dos serviços tercerizados (BRASIL, 2005). Além disso, em média, 401 docentes, 2.019 acadêmicos e 243 residentes desenvolvem atividades de assistência, ensino e pesquisa no hospital (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 2001 a).

A clientela atendida é composta por 95% de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes de Belo Horizonte, de várias cidades do interior do Estado de Minas Gerais e de outros Estados, sendo os 05 % restantes pacientes de convênio ou particulares (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 2005).

Como hospital de referência para várias especialidades em todo Estado de Minas Gerais, recebe pacientes com perfil clínico mais complexo exigindo cuidados especializados e uma assistência qualificada. Atividades de maior complexidade tecnológica, como transplante renal, córnea, fígado e medula óssea, também são desenvolvidos no HC-UFMG, sendo que esse possui uma unidade específica para o atendimento aos clientes transplantados.

Dentre as finalidades do hospital destaca-se o desenvolvimento de atividades integradas de assistência, ensino e pesquisa. Dessa forma, além de campo de estágio e da assistência prestada, desenvolvem-se nesta organização várias pesquisas, contribuindo com o avanço da ciência no país.

1.4.1- Minhas implicações com o Hospital das Clínicas-UFMG

Escolhi o HC-UFMG para ser o cenário dessa investigação por alguns motivos. Primeiro, porque realizo a supervisão do ensino clínico⁹ no Ambulatório do referido hospital. Segundo, porque estou vinculada a essa organização desde 1995, ano em que atuei como enfermeira da Unidade de Transplantes.

Como docente, além das atividades de ensino, realizo algumas pesquisas junto aos enfermeiros do ambulatório e já atuei como coordenadora da Comissão de Estágios em Enfermagem, por dois anos, nesse hospital. Essa Comissão surgiu com o objetivo de coordenar e sistematizar a crescente demanda de estágios curriculares e extracurriculares, visitas técnicas aos diversos setores do hospital e trabalho voluntário solicitado, principalmente, por profissionais da enfermagem (SPAGNOL et al, 2004).

1.4.2- Breve histórico da implantação do novo modelo gerencial do Hospital das Clínicas-UFMG

O HC-UFMG, nos últimos anos, tem passado por diversas crises financeiras e administrativas. Pode-se evidenciar este fato no Plano Diretor do Hospital, gestão 1999-2000, o qual demonstrou que, decorrente de uma grave crise financeira ocorrida em meados de 1997, o hospital conseguiu quitar sua dívida somente em 1999. Este fato comprometeu, principalmente, as atividades assistenciais desenvolvidas na organização (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 1999 a).

Apesar da estabilidade financeira, descrita no referido documento, esse deixava claro que a situação do hospital ainda não era satisfatória. Assim, naquela época, a direção do hospital apresentou nove sub-projetos que envolviam medidas de redução dos custos hospitalares e estratégias de captação de recursos, para que fossem implementados sem que houvesse prejuízo na qualidade dos serviços prestados. Esses sub-projetos iam desde assinatura de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e com

⁹ É a parte prática das disciplinas da área de Administração em Enfermagem, direcionada a pequenos grupos- média de dez alunos por professor-, realizada em diversos serviços de saúde da cidade de Belo Horizonte-MG.

outras prefeituras, ampliação do número de leitos para convênios com seguradoras de saúde, medidas racionalizadoras no consumo de água, luz e telefone; até a captação de recursos vindos de pesquisas financiadas por diversos órgãos de fomento (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 1999 a).

Diante desse contexto de crises, o HC-UFMG, desde 1998, vem buscando alternativas de gestão, subsidiadas em novas concepções gerenciais, que visam agilizar os processos de trabalho, otimizar recursos e qualificar os serviços. Portanto, para sobreviver nessa nova lógica social e econômica, o hospital optou por uma ampla reestruturação assistencial e gerencial, implantando, em 1999, o Projeto de Reorganização Administrativa-Gerencial do HC-UFMG, tendo em vista ser uma organização mais flexível e alerta às transformações da sociedade contemporânea.

Uma análise de documentos¹⁰, relativos ao processo de mudanças organizacionais que vem ocorrendo no HC-UFMG, mostrou que o Projeto de Reorganização Administrativa-Gerencial foi proposto a partir de um diagnóstico da situação financeira e do modelo administrativo adotado no hospital, até então.

O diagnóstico realizado evidenciou que existia no Hospital das Clínicas um sistema de gestão, excessivamente centralizado na Diretoria Geral, que interferia, de forma significativa, na organização interna do processo de trabalho das unidades, uma vez que estas não respondiam diretamente pelos resultados das ações produzidas. Além disso, tais unidades não realizavam o planejamento das atividades a serem desenvolvidas, não se preocupando, portanto, com as questões orçamentárias e de faturamento destes setores, sendo este um problema exclusivo da administração central do hospital. Essas dificuldades estruturais determinavam morosidade no processo decisório que dificultava o desenvolvimento das ações cotidianas da organização (UNIDADES GESTORAS EM 98, 1998; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999 a; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999 b; JORGE, 2002; PEREIRA, 2004).

¹⁰ Os documentos analisados foram: Regulamento do HC-UFMG datado de 1990; Ante-projeto de Regimento do HC-UFMG, sem data; Regimento do Corpo Clínico do HC-UFMG, datado de 14/11/1997; Projeto de implantação do novo modelo de gestão do HC-UFMG, datado de agosto de 1999; Plano Diretor do HC-UFMG 1999-2000; Relatório do Seminário de Planejamento Estratégico do HC-UFMG, datado de março de 1999; Boletins do HC; Atas de reuniões; Tese de Doutorado e Dissertação de Mestrado.

A situação financeira do HC-UFMG foi outro fator diagnosticado que dificultava essa organização de gerir seus recursos (humanos, físicos e materiais) de forma adequada para atingir sua capacidade máxima de produção de serviços que deveriam ser prestados à população.

Assim, o diagnóstico realizado mostrou a necessidade do HC-UFMG, ter uma estrutura mais ágil e moderna para atender às necessidades atuais da sociedade, bem como ser uma organização estável, equilibrando receitas e despesas, buscando complementar seu orçamento através da auto-sustentação financeira.

Nessa perspectiva, uma nova concepção de modelo assistencial e gerencial foi sendo adotada, gradativamente, no HC-UFMG em que foram criadas as Unidades Funcionais (UFs), as quais, juntamente à Diretoria, são responsáveis pelo planejamento e gestão do hospital. O processo de implantação das unidades iniciou-se em junho de 1999 e foi formalizado após a sua aprovação no Conselho Administrativo do hospital (HC DESCENTRALIZA SUA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E GERENCIAL, 1999; JORGE, 2002).

Para tanto, o hospital foi dividido em células gerenciais de produção com autonomia relativa, que foram agrupadas de acordo com alguns critérios tais como: proximidade de áreas físicas, afinidade nos processos desenvolvidos, identidade funcional, entre outros. Assim, as unidades são caracterizadas pela

existência de equipes estáveis, com processos de trabalho definidos e semelhantes ou com grande relação entre si, responsáveis por determinados produtos que são consumidos pelos usuários do hospital (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999 b, p. 3).

As UFs têm como objetivos responder pela gestão de resultados; pela captação e alocação de recursos humanos, financeiros e materiais; pela avaliação da assistência prestada; bem como se responsabilizar pelo ensino e pela pesquisa desenvolvidos nos setores de trabalho, levando sempre em consideração a missão estabelecida para o hospital.

As vinte e três Unidades Funcionais que foram constituídas (Anexo II) estão diretamente ligadas à diretoria geral do hospital. De acordo com o projeto do novo modelo de gestão do HC-UFMG a implantação, propriamente dita, dessas unidades inicia-se com a formalização e o interesse dos serviços e/ou setores em adotar essa proposta, elaborando um plano de trabalho com diversos aspectos, dentre os quais: definição da missão ou objetivos da UF, resultados ou produtos que se esperam para cumprir os objetivos traçados, diagnóstico dos recursos existentes na unidade (humanos, físicos, materiais), elaboração do plano de ação e dos indicadores do setor, metas a serem alcançadas no semestre/ano, forma de avaliação dos resultados, entre outros (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999 b).

Após a elaboração do plano de trabalho, a equipe das UFs estabelece um pacto com a diretoria do hospital, assinando um contrato de gestão, comprometendo-se com a produção e o desenvolvimento de programas, bem como de atividades específicas, que visam o aprimoramento e o desempenho do setor, recebendo em contrapartida toda a infra-estrutura e o apoio necessários para o cumprimento das metas estabelecidas.

As unidades, ao assinarem seus contratos de gestão, devem apresentar à diretoria do hospital, seus planos de ação, onde constam os indicadores que permitirão acompanhar e avaliar seu desempenho (MAIS SETORES ASSINAM CONTRATO DE GESTÃO, 2002; PROJETO DE UFS CONCLUI MAIS UMA ETAPA, 2002).

A Assessoria de Planejamento do hospital informou, em setembro de 2005¹¹, que todas as vinte e três Unidades Funcionais já assinaram seus contratos de gestão.

A proposta é que cada UF tenha um gerente para administrar os recursos físicos, financeiros, materiais e humanos da sua área de trabalho, bem como coordenar toda a equipe de saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros) que atua neste setor.

Para assumir a gerência das unidades foram estabelecidos alguns critérios tais como: ser profissional de nível superior, ter disponibilidade de tempo compatível com suas atividades, ter liderança para coordenar equipes, ter capacidade para gerenciar conflitos e

¹¹ Início do segundo momento de coleta de dados da pesquisa.

apresentar formação ou experiência na área de gestão de serviços de saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 2001 b).

O Projeto de Reorganização Administrativa-Gerencial do hospital deixa claro que as UFs se constituirão em fóruns de decisão coletiva das questões relacionadas ao processo de trabalho dessas áreas delimitadas. Portanto, foi formado um Colegiado Interno, coordenado pelo gerente da unidade e composto por representantes dos diversos serviços/setores que pertencem a estas áreas específicas (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 1999 b).

Além do Colegiado Interno, foi constituído também um órgão consultivo, denominado Colegiado Gestor das UFs. Este Colegiado é presidido pelo Diretor do HC-UFMG e composto pelos gerentes das UFs, pelo Diretor Técnico, pelo Vice-Diretor Técnico de Enfermagem e pelo Vice-Diretor de Recursos Humanos, tendo como finalidade acompanhar e avaliar o funcionamento das UFs (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, s.d.).

Além disso, este colegiado deveria se constituir em

um espaço de pactuação entre as diversas Unidades Funcionais, visando o cumprimento da missão da instituição do ponto de vista assistencial, de ensino e de pesquisa (HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG, 1999b, p.10).

De acordo com JORGE (2002), apesar das dificuldades encontradas ao longo do processo de implantação do Projeto de Reorganização Administrativa-Gerencial do HC-UFMG, o maior mérito desse projeto foi a oportunidade da direção e dos trabalhadores poderem, conjuntamente, discutir as relações de poder e a dinâmica do processo de trabalho que são estabelecidas cotidianamente. Para a autora

à medida que se cria a perspectiva de uma discussão franca e aberta, desencadeiam-se momentos de reflexão e crítica que forçam uma aventura em direção a mudanças e a alternativas para instituir o novo. E isso tem sido extremamente positivo visto que, para significativa parcela dos trabalhadores do hospital, há uma avaliação insuficiente e inadequada da forma de funcionamento da instituição, o que mostra a necessidade de mudanças (JORGE, 2002, p. 147).

Nesse sentido, a reorganização administrativa de qualquer instituição implica necessariamente em mudanças nas suas diretrizes, nas relações de poder, nos processos e na organização do trabalho desenvolvido. Dessa forma, é preciso que os grupos inseridos nas organizações se tornem grupos sujeitos, estando envolvidos e comprometidos efetivamente com o processo de mudança, ou seja, fortalecendo, constantemente, as forças instituintes presentes.

Para que haja sucesso na implantação desse modelo de co-gestão no HC-UFGM, é necessário que esse movimento processual penetre no cotidiano da instituição, deixando de ser só um projeto da diretoria para ser um projeto coletivo, ou seja, organizacional.

Nesta perspectiva, JORGE (2002, p. 147) ressalta que o

trabalho de sensibilizar e estabelecer alianças estratégicas ainda não está completo e é vital para o processo em curso porque é a garantia de que, apesar das tensões existentes e em constante ebulição nesta instituição hiper-complexa, haverá possibilidade de um acordo institucional que coloque o interesse público e coletivo acima do privado ou corporativo, para cumprimento da missão definida para essa organização.

Tendo em vista que o HC-UFGM, cenário dessa investigação, implantou um novo modelo de gestão nos últimos anos, ponderei ser importante conhecer e apreender esse processo de mudança que, a meu ver, é atravessado pelo movimento de luta constante entre o instituído e o instituinte, que perpassa todas as instâncias da organização, produzindo diversas situações de conflito no cotidiano organizacional, o que pode de alguma forma influenciar o processo de trabalho da enfermagem.

2- A *HISTÓRIA CONTINUA*
Compreendendo a gerência na
enfermagem, a partir da revisão
de literatura

O enfermeiro tem basicamente quatro atividades essenciais que norteiam a sua profissão: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa. Penso que, no cotidiano de trabalho, estas atividades não podem ser desenvolvidas separadamente, pois a intersecção entre elas é um fator importante para prestar assistência de enfermagem de forma segura e livre de riscos à população. Mesmo reconhecendo a importância desta articulação optei, nesse estudo, por destacar a atividade gerencial do enfermeiro.

Tal recorte se justifica, pois, para estudar as situações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem é necessário discutir a administração, que tem como um de seus objetivos compreender as relações interpessoais em organizações.

Assim, com o objetivo de dar continuidade a esta história, a história desta investigação, busquei compreender como a gerência se constituiu histórica e socialmente na profissão, realizando, inicialmente, uma breve síntese da sua institucionalização na enfermagem.

2.1- Institucionalização da gerência na enfermagem

Na enfermagem brasileira, o enfermeiro é o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial (BRASIL, 1986) cabendo a ele a coordenação da equipe de técnicos e auxiliares, condução e viabilização do processo de trabalho, tendo como princípio norteador de suas ações, o direito da população à saúde integral, realizadas de forma digna, segura e ética.

Sendo assim, nos diversos serviços de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, a atividade de gerência exercida pelo enfermeiro, tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe e na organização do processo de trabalho, visando concretizar as ações a serem realizadas junto aos usuários, que buscam estes serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença.

Para entender como ocorreu a gênese da administração na enfermagem, recorri à literatura e procurei descrever de forma sintética, como se constituiu histórica e socialmente esse conhecimento na profissão.

Desde o início da era Cristã e durante toda a Idade Média o trabalho da enfermagem era pautado no modelo religioso, que se restringia à caridade e ao conforto da alma dos doentes. Mas, a partir do século XIX na Inglaterra, a enfermeira Florence Nightingale, com sua vocação para cuidar dos doentes, sua determinação para institucionalizar a profissão e a experiência que adquiriu durante os estágios que desenvolveu junto às diaconisas de Kaiserwerth na Alemanha, configurou um outro processo de trabalho para a enfermagem, a partir das suas propostas de reorganização dos hospitais militares, implementadas durante a guerra da Criméia (GEOVANINI et al., 1995) e (GOMES et al., 1997).

Além disso, Florence institucionalizou o ensino de enfermagem, criando a primeira escola em 1860, que formava as “ladies nurses” para se responsabilizarem pela administração dos hospitais e as “nurses” para prestarem assistência aos pacientes.

Segundo ALMEIDA e ROCHA (1986), as técnicas e os procedimentos de enfermagem que começaram a ser organizados no final do século XIX, na Inglaterra, foram fundamentais para uma sistematização inicial do saber da profissão, sendo considerados os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular o corpo doente. Aliado a tais saberes, GOMES (1991) cita que o conhecimento de administração na enfermagem, também se constituiu como instrumento de trabalho que contribuiu para organizar o ambiente terapêutico onde o cuidado era realizado.

De acordo com CARVALHO (1972, p. 20)¹² “apesar de o saber administrativo na enfermagem ter se constituído no trabalho prático, por ocasião do surgimento da enfermagem moderna”, este só se formalizou na Inglaterra por volta de 1900, quando a duração do curso foi modificada. Segundo a autora, o curso deveria oferecer às alunas especiais (“ladies nurses”) um ano de instrução, incluindo-se no currículo, aulas sobre administração e chefia, bem como a realização de mais dois anos de prática. Para as demais alunas (“nurses”), o curso não proporcionava preparo em administração, mas era oferecido um ano de instrução e mais três anos de prática supervisionada.

¹² CARVALHO, C.A. *apud* GOMES, E.L.R. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento**. Ribeirão Preto, 1991. (Tese- Doutorado- Universidade de São Paulo).

Assim, Florence Nightingale foi considerada a enfermeira pioneira que introduziu a administração no ambiente hospitalar consolidando, de forma precoce, o princípio da divisão do trabalho na enfermagem, ou seja, as “ladies nurses” deveriam pensar e administrar o trabalho e as “nurses” deveriam executá-lo. Em seu livro ‘Notas sobre a Enfermagem’, a autora deixa clara a função gerencial do enfermeiro e mostra a importância do conhecimento de administração para a profissão, conforme evidencia o trecho abaixo:

todos os benefícios de uma boa enfermagem apresentados nestas notas podem ser completamente anulados por deficiência, por exemplo, na administração básica, ou melhor, por se ignorar como proceder para que o que é feito quando se está presente o seja também quando se está ausente (NIGHTINGALE, 1989, p. 43).

Portanto, a gênese do conhecimento da administração em enfermagem se constituiu histórica e socialmente, a partir do modo como Florence praticava e ensinava enfermagem, utilizando já naquela época, métodos de racionalização do trabalho.

A enfermagem nightingaleana se expandiu pelo mundo ocidental, influenciando de forma decisiva a estruturação da nova profissão (PIRES, 1989). Este modelo chega aos Estados Unidos por volta de 1873 e teve seu foco voltado, principalmente, para a execução de tarefas e procedimentos realizados em um menor tempo possível (BACKES, 1999).

No Brasil, o ensino e a prática da enfermagem também foram influenciados pelo modelo nightingale. Este fato se concretizou quando em 1921, o Doutor Carlos Chagas que respondia pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), após visitar os serviços de saúde americanos, que estavam estruturados nos moldes nightingaleanos, se empenhou em criar o Serviço de Enfermeiros de Saúde Pública e uma Escola de Enfermagem nos padrões do modelo que conheceu. Assim, órgãos internacionais como a Fundação Rockefeller, contribuíram para o financiamento deste projeto, além de enviarem enfermeiras norte-americanas para avaliar e implementar as ações propostas para a enfermagem brasileira (BACKES, 1999).

Foi criada então no Brasil, em 1923, a Escola de Enfermeiras D. Ana Neri que “representa o marco fundamental na história da estruturação da enfermagem como profissão” (PIRES, 1989, p. 127).

RIZZOTTO (1995) ressalta que, embora a Escola Ana Neri tivesse seu programa de ensino regulamentado pelo governo brasileiro em 1923, a sua grade de disciplinas apresentava praticamente a mesma estrutura da grade curricular americana. Ao analisar o primeiro currículo dessa escola pioneira, GOMES (1991) destaca a presença de duas disciplinas de administração: Administração Hospitalar e Serviço Administrativo Hospitalar.

Para GOMES (1991, p. 89), um fato que chama a atenção “é que no segundo currículo oficial das escolas, desapareceram as disciplinas de administração voltadas para a área hospitalar, estando essas somente previstas nos cursos de especialização”. Em contraposição ao desaparecimento dessas disciplinas surgiu, uma nova disciplina denominada Princípios de Administração Sanitária, que enfatizava o saneamento e a enfermagem em saúde pública. Mesmo verificando que já se despontava uma forte tendência para o atendimento hospitalar individualizado. Neste contexto, o enfermeiro necessitou ainda mais do saber administrativo como um instrumento que o auxiliaria na organização dos serviços de saúde, tendo em vista a crescente complexidade do setor hospitalar.

Dessa forma, o Parecer nº 271 de 19 de outubro de 1962 aprovou o Currículo Mínimo do Curso de Enfermagem que estabelecia a formação do enfermeiro em três anos letivos, acrescentando novamente a disciplina de Administração voltada para a área hospitalar (LEITE, 1994).

Diante da necessidade de reajustes e mudanças nos currículos dos cursos superiores, em 1968 ocorreu a Reforma Universitária, o que para a enfermagem culminou com a criação do Parecer 163/73 de 28 de novembro de 1968, que constava um novo currículo mínimo para a profissão (MADEIRA, 1997).

GOMES (1991) refere que, nesse currículo, a disciplina Administração Aplicada à Enfermagem constava do tronco profissional do curso e a disciplina Administração em Centro Cirúrgico e Administração de Serviços de Enfermagem Hospitalar estavam ambas na grade curricular da Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Além disso, descreve que a disciplina Administração de Serviços de Enfermagem e Maternidade e Dispensários Pré-natais constavam da Habilitação em Enfermagem Obstétrica e a disciplina Administração de Serviços de Enfermagem em Unidades de Saúde, estava no currículo da Habilitação em Enfermagem em Saúde Pública.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, que passaram a ser obrigatórias desde 1997, na organização curricular das instituições de educação superior do país foram estabelecidas pela Resolução CNE/CES nº 03. De acordo com o Art. 4º dessa Resolução, a formação do enfermeiro deve contemplar conhecimentos requeridos no exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, bem como educação permanente. Além disso, o Art. 5º descreve várias competências e habilidades específicas que também fazem parte desta formação, abrangendo conhecimentos que devem assegurar a integralidade da atenção à saúde, garantindo os direitos dos cidadãos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem prevêm, ainda, os conteúdos curriculares essenciais que as instituições de ensino devem contemplar: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, Ciências da Enfermagem, contendo Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração e Ensino de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Esta breve revisão sobre a gênese da administração em enfermagem indica que o conhecimento administrativo do enfermeiro constituiu-se, desde a institucionalização da profissão, a partir de Florence Nightingale. Portanto, esse conhecimento sempre foi considerado significativo na formação do enfermeiro, sendo uma disciplina obrigatória nos diversos currículos elaborados para as Escolas de Enfermagem, mesmo passando por várias modificações, no decorrer da história da profissão.

A importância de se ter nos currículos disciplinas de Administração Aplicadas à Enfermagem, foi reforçada com a aprovação da Lei do Exercício Profissional- Lei nº 7498/86- (BRASIL, 1986), que trouxe em seu enunciado atividades de planejamento, organização, coordenação, orientação e avaliação de serviços de enfermagem, como sendo privativas do enfermeiro, dentre outras que estão sob a responsabilidade deste profissional.

Diante destas considerações, concordo com GOMES (1991, p. 77) quando menciona que

o conhecimento administrativo, ao se constituir na enfermagem brasileira, não provocou um desvio das funções do enfermeiro (...), tal conhecimento constituiu-se no mesmo momento histórico em que o trabalho da enfermagem foi socialmente institucionalizado.

Sendo assim, historicamente a enfermagem adotou princípios da Escola Científica e Clássica da Administração para organizar o processo de trabalho e estruturar o Serviço de Enfermagem nas diversas organizações de saúde (FERNANDES et al., 2003).

Segundo FERRAZ (1995), tal forma racionalizada de se organizar o trabalho, determina aos trabalhadores a maneira de executar as tarefas, centralizando as ações do gerente na supervisão da sua equipe, sendo o controle, uma característica marcante do modelo de gerência clássica, que influenciou a enfermagem desde a sua institucionalização.

Apesar das contribuições deste modelo de gerência à organização do trabalho na área hospitalar, ao longo do tempo, esse tem produzido efeitos negativos no processo de trabalho da enfermagem, pois dificulta a criação de espaços coletivos de gestão, onde os trabalhadores possam atuar como atores sociais (SPAGNOL, 2000), ou seja, compartilharem o processo decisório e adquirirem capacidade coletiva de análise para resolverem seus problemas e identificarem suas demandas.

Este estilo de gerência adotado pela enfermagem foi descrito e criticado por vários autores: SANTOS (1986); TREVIZAN et al. (1991); CARRASCO (1993); COLLET et al. (1994); FERRAZ (1995); FÁVERO (1996); BELLATO et al. (1997); LIMA, M.A.D.S. (1998); LIMA, R.C.D. (1998); SPAGNOL (2000; 2002), entre outros, que defendem e apostam numa outra configuração para a gerência em enfermagem nos serviços de saúde.

Nessa direção, a gerência em enfermagem necessita, na atualidade, ser vista e exercida sob um novo olhar, em que se possam apontar novas perspectivas de atuação do enfermeiro- enquanto gerente da assistência- que estejam pautadas em princípios éticos e democráticos, focalizando no processo de trabalho, o trabalhador e o cliente dos serviços de saúde como atores sociais que têm interesses, desejos e necessidades.

Portanto, para se (re) pensar a gerência em enfermagem, um aspecto que considero fundamental, inspira-se na visão de Campos, sobre a gestão em saúde. Este autor propõe, a partir de novos conhecimentos e novas formas de agir, superar

“o eixo central de todas as escolas de administração que buscam de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetivos da empresa, transformando-os em insumos ou em objetos” (CAMPOS, 1997 a, p. 31).

O autor enfatiza que o desafio atual dos dirigentes está pautado na diretriz de se “governar para produzir sujeitos!” (CAMPOS, 1997 a, p. 31).

Nessa direção, penso que um ponto relevante para este estudo é buscar uma outra visão de gerência em enfermagem que não esteja pautada nos princípios e conceitos que subsidiam o modelo clássico de gestão. Trata-se de apreender a noção de sujeito, como um dos pressupostos fundamentais que poderá servir de guia norteador para (re) direcionar o processo de gerência na profissão e compreender cada vez mais as relações interpessoais.

Para discutir a prática gerencial da enfermagem, tendo como eixo condutor a visão de homem, enquanto sujeito social, considero fundamental a formulação de MATUMOTO et al (2001) que incita a pensar uma concepção de homem, que o reconheça como um ser social em constante interação com os outros homens e com seu meio, transformando-o e sendo transformado por ele.

CAMPOS (2000 a, p. 67) também conceitua sujeito social, dizendo que este é um ser biológico que possui uma subjetividade complexa. O autor explica, ainda, que o sujeito é “um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto”. Está constantemente produzindo relações sociais que modificam seus projetos, mas também possui autonomia

relativa para realizar os seus desejos, buscar os seus interesses e satisfazer as suas necessidades.

Compreender o trabalhador de saúde levando em conta definições como as dos autores acima, segundo MINAYO (2001), não têm sido a tônica dos processos de gestão desenvolvidos nas organizações de saúde, uma vez que os seus dirigentes, na maioria das vezes, utilizam métodos gerenciais que destacam as relações técnicas (normas, funções e papéis), em detrimento a outros que valorizam a lógica das relações sociais, como aspecto essencial no exercício da gerência.

Neste contexto, CAMPOS (1997 b) destaca que dificilmente a administração e o planejamento têm contemplado a produção de grupos-sujeito, como um dos seus objetivos principais, pois existe uma tradição nas organizações, dentre elas as de saúde, em controlar os trabalhadores, ao invés de estimulá-los a se constituírem como sujeitos sociais, autônomos e responsáveis.

Tomando como ponto de apoio essa discussão realizada pelos autores citados, considero importante pensar se os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, no cotidiano de trabalho, estão sendo compreendidos como sujeitos sociais em ação, ou seja, seres humanos dotados de interesses próprios, de necessidades e de desejos, que produzem relações sociais, na medida em que interagem, constantemente, com outros sujeitos e podem adquirir capacidade para intervir na sua realidade. Ou são vistos como meros ‘recursos’ prontos para executarem uma tarefa e para serem somente controlados?

Diante desta questão, torna-se essencial compreender a equipe de enfermagem como um coletivo de sujeitos sociais, que estabelecem uma teia de relações tecida, diariamente, pelos seus profissionais nas organizações de saúde, somado-se a isto, às relações constituídas também pelos diversos profissionais inseridos nesse contexto (SPAGNOL, 2005).

Tendo a administração em enfermagem o gerenciamento de pessoal, como um dos focos de atuação, considere relevante realizar esta reflexão acerca do seu exercício na prática profissional e compreender como ocorreu a sua gênese na profissão.

**3- A TRAMA DA
HISTÓRIA**
Os fios 'teóricos'
que compõem a trama desta
investigação

Uma investigação científica exige constituir sua base de sustentação, ou seja, definir claramente os pressupostos teóricos, as categorias e os conceitos que serão utilizados para analisar o objeto de estudo, estabelecendo, assim, “um diálogo entre a teoria e o problema a ser investigado” (DESLANDES, 1994, p. 40).

Assim, busquei os fios-teóricos- para tecer uma consistente trama conceitual capaz de sustentar as discussões e as análises acerca do objeto de estudo e até construir novos conhecimentos ao longo deste processo investigativo.

Procurei, nessa trama conceitual, entrelaçar alguns fios-teóricos-fundamentais para este estudo: o da gestão, o da gestão em saúde e o da análise institucional, tendo em vista o encontro de conceitos e abordagens teóricas, que permitissem analisar o objeto de estudo e os dispus num tear, como urdume ou fios fixos, base de sustentação para o tecelão tecer sua própria trama, com o auxílio de fios soltos, entrelaçados de acordo com o seu rigor, sua experiência, criatividade e imaginação.

3.1- O fio da gestão: visões de conflito nas teorias organizacionais

Para compreender as diferentes visões de conflito elaboradas ao longo do tempo, optei por fazer uma breve incursão pelas seguintes teorias organizacionais: teoria clássica, teoria das relações humanas e estruturalismo que, historicamente, têm influenciado o trabalho em saúde e especificamente o da enfermagem. Essas abordagens teóricas foram elaboradas a partir de estudos e de pesquisas empíricas que têm tratado basicamente de três categorias de análise: o homem, a organização e o meio-ambiente.

Não tenho aqui, a pretensão de retomar, exaustivamente, os diferentes modos de abordar os conflitos nessas teorias. Todavia, considero importante apresentar algumas perspectivas que fundamentaram a existência desse fenômeno nas organizações.

O ponto de partida é a teoria clássica da administração, preconizada por Taylor e Fayol, em meados do século XIX, que enfocaram em suas análises alguns fatores como a tarefa, as normas e os regulamentos, bem como a estrutura interna da organização.

Preocupado com a racionalização do trabalho na indústria, o engenheiro americano Frederick Winslow Taylor desenvolveu estudos de tempo e movimento, a fim de encontrar a melhor maneira- “one best way”- para se produzir. Em suas pesquisas enfatizou basicamente, a especialização do trabalhador, a fragmentação do trabalho e a execução das tarefas, que deveriam ser realizadas em um menor tempo possível. Nessa abordagem teórica, cabia ao administrador, planejar e supervisionar as atividades executadas pelos operários (MOTTA, 1998).

Na mesma época de Taylor, Henri Fayol, na França, desenvolveu seus estudos visando os problemas relacionados à estrutura organizacional. Ele também era engenheiro e sua preocupação foi investigar as funções do administrador (prever, organizar, comandar, coordenar e controlar). Acreditava que cabia a esse profissional a responsabilidade pelo desempenho adequado dos trabalhadores e pelo crescimento acelerado da organização. Por isso, propôs que os administradores obtivessem conhecimentos técnicos específicos para gerenciar suas atividades, essencialmente, administrativas (MOTTA, 1998).

RONDEAU (1996, p. 208) descreve que nesse modelo de gestão, os teóricos pioneiros (Taylor, Fayol, Gulick, Urwick e outros) “contribuíram, sobretudo para racionalizar a organização do trabalho e trataram pouco da questão do conflito”. No entanto, em seus estudos subentende-se que as situações conflituosas eram vistas como um fator negativo para o desenvolvimento do trabalho, as quais interferiam, sobremaneira, na produtividade dos trabalhadores. Neste sentido, tentava-se reduzir, ao máximo, a probabilidade de ocorrer relações conflituosas neste contexto organizacional, criando mecanismos normativos para manter a harmonia no relacionamento entre os gerentes e seus subordinados.

Portanto, na teoria clássica, a maioria dos conflitos acontecia “como resultado de anomalia causada pelas chefias, incapazes de passarem as instruções de forma correta aos operários” (BASTOS e SEIDEL, 1992, p. 50).

Para contestar os princípios mecanicistas e de racionalização do trabalho, prescritos na teoria clássica da administração, surge a partir de 1924, um movimento denominado escola das relações humanas ou teoria das relações humanas.

O marco inicial dessa Escola foi a pesquisa que George Elton Mayo iniciou em Chicago, na “Western Electric Company’s Hawthorne Works” sobre a influência da iluminação no rendimento das operárias que atuavam em uma das sessões da empresa. Neste estudo, este psicólogo australiano, alterava as condições de trabalho, introduzindo e alternando algumas variáveis tais como: salário, iluminação, intervalos para repouso, número de horas trabalhadas, entre outras, a fim de verificar se tais elementos influenciavam a produção (MOTTA, 1998).

Essa experiência,

desenvolvida em várias etapas, indica após todas as inclusões e exclusões de variáveis, que a melhoria das condições materiais do trabalho só desempenharam papel secundário e que o fundamental na determinação do aumento de rendimento tinha sido o fato dos membros do grupo testado terem se sentido como “partes de um grupo” (BARROS, 1994, p 68).

Portanto, a referida teoria surge com o intuito de se compreender os comportamentos humanos nas organizações, colocando em evidência a importância dos sentimentos, dos fatores afetivos e psicológicos dos grupos.

Para FRIEDBERG (1992, p. 36)

esta descoberta, que hoje pode parecer banal, constituiu na época uma inovação maior, cujo alcance foi considerável. Ela correspondia a um enriquecimento notável da visão de homem no trabalho: o indivíduo não é movido unicamente pelo apetite do ganho, é também motivado pela sua afetividade e pelas suas necessidades psicológicas mais ou menos conscientes (...)¹³.

Partindo deste pressuposto, Elton Mayo, a partir de suas investigações, deslocou o foco de interesse da administração, enfatizando em seus estudos as relações interpessoais informais e os incentivos psicossociais, ao invés, de focalizar as relações formais e os incentivos monetários, questões centrais encontradas na teoria clássica da administração (MOTTA, 1998).

¹³ Este texto foi escrito em português de Portugal.

A visão geral dessa teoria evidencia, portanto, que os conceitos tradicionais de hierarquia, autoridade e racionalização do trabalho que subsidiam a teoria clássica da administração, foram substituídos por outros como motivação, liderança, comunicação e dinâmica de grupo (SILVA, 2004).

Mas, apesar da ênfase nesses conceitos ligados ao comportamento humano no trabalho, esse movimento- o das relações humanas-, assim, como o anterior- o da escola clássica- também negava os conflitos existentes no contexto organizacional (MOTTA, 1998).

RONDEAU (1996, p. 209) refere que os teóricos da escola das relações humanas “consideram o conflito essencialmente mau” para o trabalho, caracterizando-se como algo “imoral, porque prejudica as exigências de colaboração que devem marcar o comportamento individual” nas organizações.

Segundo BASTOS e SEIDEL (1992, p. 51), nessa abordagem teórica, nota-se que é por meio de medidas profiláticas e preventivas, utilizadas pelos gerentes que “o aspecto desagregador do conflito poderia ser evitado, pois superiores e subordinados estariam integrados em torno de objetivos comuns”.

Assim, o fato de os estudiosos desse movimento terem focalizado em suas pesquisas o fator humano nas organizações, inegavelmente, foi um avanço para as teorias organizacionais. No entanto, é preciso não ser ingênuo e fazer uma análise crítica dessa escola. Primeiro, porque estando num sistema capitalista, os incentivos sociais previstos por Mayo, poderiam ser meramente uma estratégia para que os trabalhadores exigissem menos de seus patrões e produzissem cada vez mais. Segundo, porque os meios utilizados nessa abordagem, para satisfazer as necessidades psicossociais do trabalhador, poderiam acabar ocultando questões fundamentais, como condições de trabalho e salariais, além de encobrir os conflitos inerentes ao ambiente organizacional.

O estruturalismo é uma outra, importante, abordagem teórica que marcou os estudos sobre as organizações. Segundo ETIZIONE (1974) compreende-se melhor os princípios estruturalistas, por meio das críticas apresentadas à teoria de relações humanas,

uma vez que essa abordagem foi o ponto de partida para desencadear um debate acerca dos seus fundamentos.

O autor destaca, que

ao analisar a visão de harmonia dos autores dessa escola, os estruturalistas reconheceram inteiramente, pela primeira vez, o dilema da organização: as tensões inevitáveis- que podem ser reduzidas, mas não eliminadas- entre as necessidades da organização e as necessidades de seu pessoal; entre a racionalidade e a irracionalidade; entre a disciplina e autonomia; entre relações formais e informais; entre administração e trabalhadores ou, mais genericamente, entre posições e divisões. (ETIZIONE, 1974, p. 68).

Os estruturalistas entendem a organização como uma “unidade social grande e complexa, onde interagem muitos grupos sociais”, que em determinadas circunstâncias compartilham alguns interesses, sendo que em outras, esses são, completamente, incompatíveis. Compartilham alguns valores, mas discordam em muitos outros (ETIZIONE, 1974, p. 68).

Nesta perspectiva, os diferentes grupos existentes no contexto organizacional,

poderiam cooperar em certas esferas e competir em outras, mas dificilmente são ou podem tornar-se uma grande família feliz, como freqüentemente dão a entender os autores de *Relações Humanas*. (ETIZIONE, 1974, p. 69).

De acordo com MOTTA (2002), os estruturalistas contemporâneos das teorias das organizações revelam que as relações de conflito são processos sociais significativos na organização do trabalho. Tal fenômeno é considerado um importante elemento propulsor do desenvolvimento organizacional, mesmo sabendo que esse desenvolvimento nem sempre ocorre. Portanto, nem todos os conflitos são desejáveis, mas não se pode ignorar a sua existência, pois são inevitáveis e aparecem sob diversas formas, algumas até, extremamente, violentas.

Segundo RONDEAU (1996, p. 210), nos pressupostos estruturalistas

o conflito aparece como uma coisa natural nas organizações. Pela primeira vez na história do pensamento administrativo, reconhece-se a importância para a organização de relatar mecanismos de gestão do conflito, tais como foros de negociação permanente ou fórmulas de arbitragem para resolver questões litigiosas.

BASTOS e SEIDEL (1992) destacam que uma ruptura importante, que o estruturalismo fez com as teorias organizacionais anteriores, foi exatamente incluir em seus estudos a questão do conflito como um fator inerente a qualquer grupo ou organização, tornando-se visível ao invés de ser algo que, na maioria das vezes, era camuflado pelos gerentes.

O quadro 2 elaborado pelos autores citados acima apresenta de forma esquemática e objetiva como as teorias organizacionais apresentadas aqui, abordaram a questão do conflito, enfocando: se esse era um fenômeno estudado ou não, qual era o conceito adotado, quais os tipos de conflito que surgiam, como enfrentavam o conflito nas organizações e quais eram os determinantes, bem como as consequências que decorriam das situações conflituosas.

Quadro 2- Adaptação da figura 01 denominada “O tratamento de conflito nas Teorias Organizacionais” apresentada por BASTOS e SEIDEL, 1992, p. 50.

Questões	Escola Clássica	Movimento das Relações Humanas	Estruturalismo
É um fenômeno estudado?	Não é foco de estudo. Embora negado, existe a preocupação em evitá-lo		Sim. É um processo social básico nas organizações
Conceito de conflito	Há identidade de interesses entre empregados e empregadores		Conflito tratado como dilemas- a escolha de alternativas que implicam em perdas
Tipos de conflitos estudados	—	—	entre objetivos organizacionais; organização x pessoal; coordenação x comunicação; disciplina x competência profissional; planejamento x iniciativa
Determinantes do conflito	Erros do administrador ao não aplicar os princípios científicos	Pouca atenção aos aspectos motivacionais dos indivíduos	Ordem x liberdade; Organização formal e as pressões sobre os indivíduos- falta um ajustamento completo
Conseqüências do conflito	Desagrega as organizações, provoca problemas, impede o desempenho ótimo		Não são apenas negativas, são fontes de mudança
Formas de intervenção do conflito (prescrição)	A tarefa é eliminar o conflito através de medidas preventivas e profiláticas		Específica por tipo de conflito e contexto. A busca de soluções gera novos conflitos num processo dialético

Para sintetizar as possíveis visões de conflito encontradas ao longo do pensamento administrativo recorro a MOTTA (1993) que apresentou três grandes correntes, descrevendo a natureza dos conflitos subsistentes nas organizações.

A primeira corrente parte do princípio de que as relações de subordinação que ocorrem no interior das organizações são meramente um reflexo das relações de poder existentes na sociedade, o que resulta em conflitos de interesses incompatíveis entre as empresas e os trabalhadores.

A segunda corrente aborda esse fenômeno como sendo essencialmente um conflito de papéis que ocorre nas organizações, decorrente da evolução tecnológica e econômica que provoca adaptações constantes à organização do trabalho. Por um lado, este tipo de conflito está ligado à reorganização da produção que busca aumentar a produtividade, contrapondo-se às aspirações individuais (bem-estar, segurança, prestígio, poder e conveniência). Por outro lado, o conflito é resultado da necessidade da organização do trabalho criar sistemas de controle que são utilizados pelos gerentes sobre os trabalhadores.

A última corrente diz que o conflito é um fenômeno, essencialmente, relacionado à personalidade e às percepções individuais e grupais. Essa abordagem explicita que os trabalhadores, ao se vincularem a uma organização, o fazem por meio de um contrato econômico e psicológico, no qual algumas expectativas individuais precisam ser atendidas, pois, não atendê-las, pode gerar um potencial foco de conflito. Nesse caso, existe implicitamente uma disparidade entre as necessidades da organização e as aspirações individuais de cada trabalhador.

Tomando por base as teorias organizacionais apresentadas nesse tópico, pode-se verificar que o conflito é um fenômeno que variou de acordo com o contexto de cada época, com os posicionamentos dos teóricos da administração e com os estudos realizados nas organizações.

Inicialmente, negado ou tratado como um fenômeno que deveria ser evitado e até mesmo visto como falha da administração, o conflito passou a ser entendido como inerente a qualquer organização, sendo enfrentado pela direção, gerentes e equipes de trabalho (BASTOS e SEIDEL, 1992).

Dessa forma, apreende-se nessa trajetória apresentada, que as situações de conflito presentes nas organizações, tornaram-se algo importante e que, atualmente, faz-se necessário lidar com essas situações de forma transparente e coletiva, dentro de uma perspectiva da co-gestão.

3.2- O fio da gestão em saúde: tecendo algumas considerações

Os serviços de saúde, apesar de possuírem características próprias, utilizaram e ainda utilizam, as teorias gerais da administração como subsídio teórico para estruturar e organizar o trabalho, sendo influenciados, principalmente, pela teoria científica, que foi direcionada para as indústrias.

Segundo CAMPOS (1997 b), nesse modelo taylorista (no clássico e nos mais modernos) os gerentes administram o trabalho, acumulando as equipes com rotinas, normas administrativas e com padronizações técnicas, na intenção de controlar e normatizar todo o processo produtivo, retirando do trabalhador a responsabilidade pela sua criação autônoma.

Assim, pensando na possibilidade de se inventar, na área da saúde, um método anti-taylorista que privilegiasse, ao mesmo tempo, a produção de valor de uso e de sujeitos coletivos em espaços organizados, tendo como eixos principais a capacidade de análise e de co-gestão dos trabalhadores, CAMPOS (2000 a) elaborou o Método da Roda (Paidéia) que tem trazido grandes contribuições para se (re) pensar a forma de gestão nesse setor. Portanto, tal método, pode ser o ponto de partida para se refletir e modificar a gerência desenvolvida no cotidiano de trabalho.

CAMPOS (2003 b, p. 15) parte do princípio de que “a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o sujeito (...)”, tendo, portanto, “potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas”.

Dessa forma, o autor defende a proposta de co-gestão, ou seja, para ele a gestão dos serviços de saúde, deve ser uma atividade coletiva e não somente uma atividade atribuída a poucos profissionais ou especialistas que detêm e centralizam o poder. Afirma que, para co-governar as organizações de saúde, é necessário criar “espaços coletivos”, definidos como

arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembléias, colegiados de gestão, reuniões, unidades de produção, entre outros (CAMPOS, 2000 a, p. 147).

Esses espaços constituem-se, então, em locais concretos de produção de subjetividade e busca de autonomia dos trabalhadores, transcende cada um dos sujeitos que o constituí, formando uma rede de relações tecida entre os sujeitos que o compõem e o contexto em que estão inseridos (CAMPOS, 2000 a).

O autor descreve que tais espaços construídos possuem três funções básicas: a clássica, em que gerentes e trabalhadores planejam e administram o processo de trabalho visando a produção de valores de uso; a política que tem a co-gestão como uma diretriz, buscando efetivar processos democráticos que objetivam alterar as relações de poder cristalizadas e instituídas; e a pedagógica/terapêutica, denominada, fator Paidéia, que busca a constituição de grupos sujeitos, isto é, indivíduos mais autônomos e comprometidos com a produção da sua obra (CAMPOS, 2000 a).

O termo Paidéia é de origem grega e indica a “formação integral do ser humano” (CAMPOS, 2003 b, p. 16). Nessa perspectiva, o Método da Roda parte dessa concepção para reorganizar os serviços de saúde e reorientar as práticas profissionais, tendo em vista, a ampliação da capacidade de análise e de co-gestão dos trabalhadores, bem como a produção de bens e serviços na área da saúde.

Segundo CAMPOS (2000 a, p. 14) esse é um método de gestão

inspirado na roda com que os pedagogos construtivistas iniciam o dia de trabalho nas escolas. E também na roda de samba, na do candomblé e na ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo do coletivo. O Método da Roda: a roda como espaço democrático, um modo para operacionalizar a co-gestão. Mas também a vida girando e se movimentando, sempre: a roda.

CAMPOS (2000 a, p. 14) ressalta que o Método da Roda, com sua função Paidéia, pretende fazer uma crítica ao modelo de gestão clássico e hegemônico, buscando reformular o campo disciplinar da Administração, “submetendo-o a uma análise apoiada em conceitos advindos da filosofia, da política, da psicologia e da pedagogia”.

Portanto, a proposta de Campos pressupõe um conceito ampliado de gestão, que articula as funções gerencial e política, para desenvolver o processo de trabalho e efetivar a democracia institucional. Além disso, busca articular as funções pedagógica e analítica, na perspectiva de encontrar novas formas de relações que permitam uma verdadeira implicação dos atores com outros atores e com o seu trabalho (MOURA et al, 2003).

Os trabalhadores, inclusive os da enfermagem, inseridos em uma organização moldam um estilo de gerência ao mesmo tempo em que são moldados por ele. Assim, somente esses trabalhadores podem criar formas de gestão mais democráticas e participativas.

Nessa perspectiva, apoiada em alguns princípios norteadores do Método da Roda, considero que a gerência em enfermagem deve ser uma prática coletiva, quer dizer, de co-gestão, que possibilite constituir espaços e dispositivos¹⁴, os quais propiciam aos trabalhadores analisarem, constantemente, seu processo de trabalho. Além de poder compartilhar decisões e ações realizadas, constituindo-se, o tempo todo, como grupo sujeito nas organizações.

Dessa forma, a gerência é, essencialmente, relacional, constituindo-se como uma prática social que tem particularidades, pois na ação do gerente sempre haverá um outro diretamente implicado.

Assim, para compreender a atuação do enfermeiro em situação de governo, e conseqüentemente, como esse profissional atua mediante as relações de conflito existente no contexto organizacional, busco ainda como referência o conceito de tecnologia apresentado por MERHY et al (1997 a) quando discute as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde.

¹⁴ Segundo Campos, R.O., (2003), os dispositivos buscam subverter as linhas de poder instituídas. Em algumas organizações de saúde têm se utilizado diversos tipos tais como: oficinas de planejamento, cursos/treinamento/formação, análise/supervisão institucional, assembleias, e todos aqueles que vierem a ser inventados.

MERHY (2002) menciona que, para desenvolver um trabalho vivo em ato, como no caso do trabalho em saúde, é necessário ser possuidor de um certo saber tecnológico. Nesta direção, classifica as tecnologias relacionadas a esse tipo de trabalho como:

- leves- caracterizadas pelas relações sociais no trabalho, produção de vínculo, acolhimento e a gestão do processo de trabalho;
- leve-duras- saberes estruturados como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, o taylorismo, o fayolismo;
- duras- equipamentos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Os conceitos apresentados levaram-me a pensar o quanto alguns enfermeiros, ainda, desenvolvem seu trabalho na perspectiva da tecnologia dura, envolvendo-se demais com materiais e equipamentos (previsão, aquisição e manutenção), protocolos, normas, escalas e outros, ao invés de utilizar melhor as tecnologias leves e investir mais nas tecnologias do tipo leve-duras.

Portanto, para compreender como o enfermeiro atua mediante as situações de conflitos vivenciadas no contexto das organizações, é preciso trocar os óculos, para começar a enxergar as várias possibilidades de exercitar a gerência em enfermagem, a partir de um investimento maior nas tecnologias leves, tornando-se cada vez mais um gerente de relações interpessoais, ao invés de ser somente um controlador de tarefas. O uso de tais tecnologias por parte do enfermeiro pode propiciar, progressivamente, o desenvolvimento da sua (nossa) capacidade de escuta, de análise e de intervenção no processo de trabalho.

Com o objetivo de analisar e intervir na dinâmica do processo de trabalho é preciso identificar as situações de ruído que estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde (MERHY, 1997 a).

Essa idéia de ruído vem da representação de que no dia-a-dia as relações entre os profissionais “ocorrem no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída seja rompida”. Esse fato geralmente é “percebido como uma disfunção, como um desvio do normal que deveria ocorrer” (MERHY, 1997 b, p. 134).

O autor, baseado em Fernando Flores, introduz a noção de ruído como um rompimento do silêncio no cotidiano organizacional, que pode e deve ser entendido como a presença de processos desviantes que, na maioria das vezes, não são contemplados pelo modelo de gestão das organizações de saúde.

Dessa forma, JORGE (2002, p. 145) fundamentada nas idéias de Merhy, definiu ruídos como:

elementos destoantes, ‘estranhamentos’ ou contradições do processo de trabalho que se expressam como mal-entendidos, problemas, insatisfações, não-ditos ou dificuldades de comunicação.

Em sua Tese de Doutorado, a autora apresentou a seguinte tipologia para os ruídos encontrados em seu estudo. Os ruídos interunidades que são “os problemas identificados quando da solicitação ou consumo, de algum serviço, produto ou insumo pela unidade assistencial analisada nas suas relações com seus fornecedores ou com outra unidade assistencial”. E os ruídos intra-unidades, relacionados aos “problemas identificados no interior das equipes assistenciais para o atendimento e consecução de uma assistência integral, coordenada e de qualidade ao paciente” (JORGE, 2002, p. 163).

Acredito que o enfermeiro, ao desenvolver uma escuta acurada dos diferentes tipos de ruídos presentes no cotidiano dos serviços de saúde, poderá ter mais facilidade para captar as nuances das situações de conflitos e realizar uma análise dessas situações de forma mais coletiva (co-gestão), permitindo a (re) construção da gerência em enfermagem, enfatizando mais as tecnologias leves ou de relações.

Eis aqui, mais um desafio para nós, enfermeiros.

3.3- O fio da análise institucional: apresentando alguns conceitos

Outro referencial que também servirá de aporte teórico para direcionar a compreensão desse estudo é a corrente do pensamento denominada análise institucional. Tomarei alguns de seus conceitos como subsídio para a análise e reflexão dos resultados obtidos.

3.3.1- Antecedentes históricos e o conceito de instituição

MOURA (1995, p. 37) apresenta, sinteticamente, os antecedentes históricos da análise institucional, uma abordagem teórica e de intervenção, que se constituiu no início da década 60, como uma das correntes neo-institucionalista francesa, tendo forte ascensão a partir da segunda guerra mundial. Além disso, influenciou, significativamente, um importante movimento revolucionário: o “Maio de 68” iniciado na França e disseminado em outros países da Europa e da América Latina, inclusive no Brasil. Em nosso país, essa corrente de pensamento, começa a se consolidar, paulatinamente, a partir dos anos 70, “como designação geral de um modo de intervenção nas instituições e nas organizações”.

Dessa forma, estudiosos vinculados a departamentos e grupos de pesquisa, ligados a algumas universidades brasileiras e organizações, começaram a desenvolver seus trabalhos de investigação e de intervenção, utilizando o referencial da análise institucional, sendo que desde o início, mantiveram um contato muito estreito com os fundadores, pesquisadores e militantes do movimento institucionalista francês. Ressalta-se que os pioneiros a se interessarem pela análise institucional no Brasil, foram profissionais de psicologia do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e, posteriormente, São Paulo e Niterói. Mas, atualmente, pode-se dizer que essa corrente teórico-metodológica tem sido adotada por profissionais de outras áreas, em diferentes locais, pois além das cidades mencionadas, existem institucionalistas atuando em Fortaleza, Campinas e, provavelmente, até em outras regiões do país (L'ABBATE, 2004 a).

Como resultado dos trabalhos realizados por profissionais ligados ao movimento institucionalista no Brasil, cito algumas obras importantes tais como: Análise Institucional no Brasil- favela, hospício, escola e FUNABEM (SAIDON e KAMKHAGI, 1987), As subjetividades em Revolta- institucionalismo francês e novas análises (RODRIGUES, 1993), Compêndio de Análise Institucional e outras correntes (BAREMBLIT, 1996), bem como Grupos e instituições em análise (RODRIGUES et al, 2000). Tais obras podem ser consideradas as primeiras referências para os estudiosos e pesquisadores brasileiros (principalmente os debutantes nessa abordagem teórica e de intervenção) que desejam desenvolver seus trabalhos na perspectiva da análise institucional.

Segundo HESS (2004), Lourau foi um dos fundadores da análise institucional, sendo ele quem estabeleceu as principais bases teóricas do movimento institucionalista na França. Essa abordagem surge, efetivamente, como alicerce para uma nova reflexão acerca das instituições e faz um diálogo crítico com o marxismo, a filosofia do direito, a sociologia, a pedagogia, a psicossociologia e a psicanálise, articulando conceitos oriundos desses vários campos do saber.

Em outra direção, RODRIGUES (1993) mostra que o movimento institucionalista francês é dividido em duas grandes correntes: a análise institucional, incluindo a socioanálise, pautadas na dialética, sendo seus principais precursores René Lourau e Georges Lapassade e a esquizoanálise, subsidiada nas obras de Félix Guattari e Gilles Deleuze.

Considero importante conhecer a gênese teórica e conceitual dessas abordagens. No entanto, corroboro com a afirmação de L'ABBATE (2003, p. 266) ao mencionar que há “dificuldade em estabelecer, na produção brasileira, limites precisos entre esses campos, dado a ‘migração’ de conceitos entre eles”.

Apesar dessa migração de conceitos entre essas duas vertentes teóricas, gostaria de esclarecer que para a compreensão e a análise desse estudo, utilizarei grande parte dos conceitos inscritos na corrente da análise institucional, direcionada para a socioanálise.

Assim, para compreender determinado aspecto da realidade social, na perspectiva dessa abordagem, deve-se considerar três níveis distintos e interdependentes, que constituem o sistema social: o do grupo, o da organização e o da instituição (LAPASSADE, 1989).

Nessa direção, tomo como referência a seguinte afirmação do autor citado: a análise dos grupos não pode ser realizada isoladamente, ou seja, desvinculada dos contextos organizacional e institucional, pois existe uma relação de interdependência entre os conceitos de grupo, de organização e de instituição. Isto quer dizer que, para se analisar as relações de conflito que ocorrem no grupo de trabalhadores da enfermagem, deve-se considerar também, os níveis organizacional e institucional, no contexto das instituições de saúde.

De acordo com LAPASSADE (1989), o grupo é a primeira instância onde ocorrem as relações sociais. Esse por sua vez pode vir a configurar as organizações. E ambos- grupos e organizações- são determinados por instituições.

Segundo esse autor, o grupo é o nível da base e da vida cotidiana. Por exemplo, na escola, a unidade de base é a classe, no trabalho, é a oficina ou o escritório e em casa é a família, considerada o fundamento do sistema social. Nesse primeiro nível, as instituições que têm como um dos seus principais objetivos organizar o aprendizado na escola e a produção no trabalho, já estão presentes por meio dos estatutos e normas, dos horários, da supervisão e controle, elementos visíveis em qualquer organização, inclusive, no hospital, campo de pesquisa desse estudo.

Nessa perspectiva, LAPASSADE (1989, p. 14) ressalta que “sob a superfície das ‘relações humanas’ (e desumanas) há as relações de produção, de domínio, de exploração...”, visto que, na base da sociedade, essas relações sociais são regidas por instituições predeterminadas.

Diante dessa citação, concordo com GUIRADO (1987, p. 28) que reafirma: “haverá sempre a mediatização da instituição no grupo”, por isso, essa instância- a do grupo- é denominada como sendo o primeiro nível institucional.

O segundo nível do sistema social é o da organização, sendo, por exemplo: uma escola, uma fábrica ou um hospital, que seguem as leis estabelecidas, possuem estatutos, regimentos, regulamentos e normas, isto é, aqui as instituições já apresentam uma forma jurídica. É nesse nível institucional que ocorre a ligação entre a sociedade civil e o Estado (LAPASSADE, 1989).

Por fim, o terceiro nível é o da instituição, ou seja, é o nível do “Estado, que faz a Lei, que confere às instituições força de Lei”. Assim, conforme LAPASSADE (1989, p. 15) “o que ‘institui’ está do lado do Estado, no topo do sistema”, sendo que a

base desse sistema é ao contrário, instituída pela cúpula, com exceção dos períodos de crise revolucionária. Quando se suspende a repressão da cúpula sobre a base, a capacidade instituidora desperta

nas unidades de base. Liberta-se a palavra social. Torna-se possível a criatividade coletiva. Inventam-se em todo lugar novas instituições que já não são, ou não são ainda, instituições dominantes, marcadas pelo domínio do Estado.

Em relação ao terceiro nível, LOURAU (1975) denomina a instituição, tanto como uma norma universal, por exemplo, o casamento, a educação, o trabalho assalariado, e aqui incluo a enfermagem, como o ato de fundar algo, por exemplo, uma família, uma associação ou a criação de uma empresa. Afirma, ainda, que as instituições, também, são representadas, por formas sociais visíveis, dotadas de uma organização jurídica e/ou material, exemplificadas por uma fábrica ou um hospital.

LOURAU (1975) definiu instituição como sendo constituída por três momentos dinâmicos e dialéticos. O primeiro momento é o da universalidade, constituído pela ideologia, pelos aspectos formais, pelo sistema de normas e valores, representando assim, o instituído. O segundo momento é o da particularidade, entendido como o conjunto de fatos e situações que ocorrem, constantemente, nas instituições, são processos sociais que negam e entram em conflito constante com a universalidade, caracterizando o instituinte. A singularidade é o terceiro momento, sendo este o movimento dialético entre o instituído e o instituinte, ou seja, é o momento concreto da instituição, denominado de institucionalização.

L'ABBATE (2004 b, p. 07) menciona que “é esse constante movimento dialético que permite a conservação e também a dissolução das instituições”, (...) e que a “nossa tendência é a de estarmos continuamente reformando ou até dissolvendo instituições e criando, quase que imediatamente, outras, nem sempre muito diferente das anteriores”.

Diante dessas considerações, pode-se dizer que o hospital é uma organização social complexa, constituída por vários grupos de trabalhadores, sendo concretizado pelas várias instituições que a atravessam como: a saúde, a educação, as diversas profissões (medicina, enfermagem, psicologia, etc), entre outras, com estatutos e normas, que determinam a sua dinâmica de funcionamento, estando num constante movimento, entre o instituído e o instituinte.

A enfermagem também pode ser considerada uma instituição, composta por grupos de trabalhadores divididos em três categorias profissionais- enfermeiros, técnicos e auxiliares- que estão inseridos em organizações de saúde, seguindo regras e normas (horário, escalas, uniforme, hierarquia), bem como desenvolvendo sua prática pautada na Lei do Exercício Profissional e no Código de Ética. É uma profissão que foi constituída histórica e socialmente, passando por diversas modificações, pois, tem-se observado uma grande ênfase e reforço no instituído, ao lado de movimentos que querem romper com o mesmo, abrindo espaços para os instituintes presentes e, então, institucionalizar novas concepções e formas para a enfermagem.

Segundo BARROS (1994, p. 164), a noção de instituição foi modificada, na perspectiva da análise institucional socioanalítica, pois, ao não ser identificada somente à idéia de estabelecimento, agora, “remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais”. Neste sentido, os fundadores dessa corrente do pensamento, formularam “a idéia de uma pesquisa-intervenção que visava a interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições”, criando maneiras para explicitar “o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação”.

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador e os sujeitos da investigação estão constituídos pelo mesmo campo, mesmo que sejam diferentes, uma vez que ocupam lugares próprios na organização em estudo, o que evidencia a dificuldade que o pesquisador encontra de ser neutro no processo investigativo. Portanto, nessa modalidade de investigação científica, “o pesquisador não anota apenas, não escuta apenas, ele também intervém”. Nesta perspectiva, “a pesquisa é, então, intervenção” (BARROS, 1994, p.162).

3.3.2- Um método de intervenção: a socioanálise

Em 1970, René Lourau publica na França, seu livro intitulado: *L'analyse institutionnelle*¹⁵, que tem o conceito de instituição, como eixo central de suas discussões (LOURAU, 1975) e contribuiu de forma significativa para a constituição dessa abordagem teórica (L'ABBATE, 2005).

¹⁵ LOURAU, R. *L'analyse institutionnelle*. Paris: Ed. Minuit, 1970. A tradução em português data de 1975.

Nesse livro Lourau propõe e descreve a socioanálise definida como “um método de intervenção em situação que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições”. Uma das originalidades desse método está “no fato de o analista não mais se situar no exterior dos grupos, coletividades ou organizações que lhe demandam a intervenção, mas como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra” (HESS, 2004, p. 23).

Dessa forma, MONCEAU (2001) explica que a intervenção socioanalítica consiste em uma análise coletiva, a ser efetuada por indivíduos inseridos em uma organização, sendo conduzida e coordenada por analistas institucionais, também conhecidos como socioanalistas.

Assim, foi na década de 70, que a análise institucional apresentou uma estratégia epistêmica, teórica e política, a qual encontrou sua originalidade, na concepção de um dispositivo de intervenção social denominado: socioanálise, ou seja, nessa época começam a se desenvolver experiências relacionadas a intervenções socioanalíticas que foram realizadas, principalmente, em algumas organizações e instituições francesas (GUILLIER, 1994).

A autora refere que essa nova prática de intervenção teve como referência os trabalhos de Lapassade desenvolvidos no início dos anos 60, sendo formalizada teoricamente, em 1971, a partir da elaboração de uma obra realizada, conjuntamente, com Lourau, intitulada: “Clefs pour la sociologie¹⁶”. Essa obra conjunta, ao lado de livros como “Groupes, organisations, institutions¹⁷” escritos por Lapassade, “L’Analyse Institutionnelle¹⁸” e “Les analyseurs de l’Eglise¹⁹” elaborados por Lourau, constituíram a base conceitual e metodológica das experiências socioanalíticas realizadas naquela época.

¹⁶ LAPASSADE, G. e LOURAU, R. **Clefs pour la sociologie**. Paris: Ed. Seghers, 1971. A tradução em português data de 1972.

¹⁷ LAPASSADE, G. **Groupes, organisations, institutions**. Paris: Ed. Gauthier-Villars, 1967. A 3ª edição da tradução em português data de 1989.

¹⁸ LOURAU, R. **L’analyse institutionnelle**. Paris: Ed. Minuit, 1970. A tradução em português data de 1975.

¹⁹ LOURAU, R. **Les analyseurs d’Eglise**. Paris: Ed. Anthropos, 1972.

Nessa perspectiva, MONCEAU (2003) esclarece que a socioanálise visa elucidar as relações de poder e saber, entre os indivíduos, nas instituições. Essas relações conflituosas se manifestam por tensões, conflitos e mal-entendidos.

Para o autor, a utilização de um dispositivo de intervenção pode explicitar diferentes resistências que surgem na forma de analisadores. Ressalta a importância de se fazer a análise coletiva da encomenda inicial da intervenção, pois isso leva o grupo cliente a se posicionar diante da mesma, fazendo com que os participantes analisem, por exemplo, o processo de decisão que conduziu essa encomenda, o que permite facilmente que esses indivíduos se aproximem da forma como as decisões são tomadas no estabelecimento em que estão inseridos.

Segundo LAPASSADE e LOURAU (1972, p. 170); HESS e SAVOYE (1993 a) e MONCEAU (1996) para que a socioanálise clássica seja operacionalizada na prática social devem existir os seguintes elementos:

- análise da solicitação, tanto a oficial, encomenda feita, geralmente, pela direção de algum estabelecimento quanto à demanda do grupo cliente, pois esse é o coletivo que a intervenção abrange, constituindo-se, portanto, o campo de intervenção. Existe, ainda, o campo de análise que diz respeito às determinações externas que atravessam o campo de intervenção e que são explicitadas pela socioanálise. A unidade social (um hospital, por exemplo) é o primeiro elemento que compõe o campo de análise, ao qual pertencem os integrantes do coletivo a ser analisado;
- autogestão da intervenção realizada pelo grupo-cliente, que deve definir horário, número de reuniões, pautas, relação entre as reuniões de análise e as demais atividades do cotidiano, modalidade de pagamento do socioanalista, entre outros;
- regra do “tudo dizer” ou de livre expressão (restituição), aqui, trata-se de reconstituir a cada sessão de análise o não-dito institucional, os rumores e os segredos da organização e dos grupos;

- elucidação da transversalidade, ou seja, do papel dos vínculos e das filiações positivas e negativas aos diversos grupos, categorias, ideologias que negam a filiação comum à organização. A estrutura da sociedade dividida em classes sociais é refletida no microssocial da organização, reproduzindo, assim, nesse interior organizacional, as relações sociais dominantes, caracterizando a transferência institucional;
- a elaboração da contra-transferência institucional, isto é, analisar as reações que o socioanalista apresenta em relação à transferência institucional do cliente coletivo, reconhecendo suas implicações relacionadas ao objeto estudado/analizado;
- a elaboração ou elucidação dos analisadores, esses são elementos que por meio de contradições, introduzidas na lógica da organização, enunciam as determinações de uma situação, revelando a estrutura institucional e as relações de poder real.

Portanto, para que a socioanálise se concretize como um método clássico de intervenção e de análise das práticas sociais em organizações e instituições, é necessário que haja uma encomenda, feita pela direção ou por um grupo de trabalhadores de um estabelecimento, às pessoas externas ao processo, denominadas socioanalistas, que irão contribuir no esclarecimento de contradições e de conflitos institucionais.

Ainda que a intervenção socioanalítica, em alguns casos, não seja desenvolvida e praticada na sua forma totalmente clássica, ela é, sem dúvida, o ponto de referência básico para as pesquisas institucionalistas, visto, que desde 1971, direcionou e ainda direciona vários trabalhos vinculados à análise institucional (MONCEAU, 1996).

Neste sentido, o autor ressalta que as seis operações da socioanálise descritas, inicialmente, por Lourau e Lapassade, devem ser consideradas mais como princípios do que como regras, pois muitas vezes são difíceis de serem desenvolvidas na sua totalidade. Isso pôde ser analisado a partir de uma intervenção socioanalítica que o autor realizou, junto com Antoine Savoye no ano de 1992, no Instituto Médico Educativo Poulbot na França.

Apesar dessas considerações em torno da socioanálise clássica, HESS e AUTHIER (1994) destacam que em toda intervenção socioanalítica encontram-se elementos que são constantes e sempre estarão presentes no desenvolvimento dessa prática tais como o analista, o analisando e o analisador.

Partindo do princípio de que na socioanálise existe uma encomenda e uma demanda para que um interventor assuma o papel de analista, os autores explicam que esse é, portanto, o sujeito que elabora e acompanha a progressão, bem como o desenvolvimento do processo de análise, de um grupo ou organização, em um dado momento e contexto. No que diz respeito, aos analisandos, os autores evidenciam que esses são os sujeitos que fazem a análise. Segundo os autores, o analista é quem permite que se enuncie um discurso analítico, mas o verdadeiro sujeito da análise é o analisando. É ele quem tira as conclusões da situação, podendo ser um indivíduo, um grupo, uma organização ou até mesmo uma instituição. Em relação ao analisador, esse é o que permite a análise acontecer. É o que revela a especificidade da instituição de que os membros do grupo-cliente fazem parte, sendo sempre específico de um campo de intervenção.

Considero que nesse método de análise e de intervenção, um conceito importante a ser compreendido é o de analisador, definido por LOURAU (1975, p. 284) como algo “que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”. Menciona, ainda, que os analisadores são aqueles acontecimentos que permitem “fazer surgir, com mais força, uma análise, que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição invisível” (LOURAU, 1993, p. 35)

Segundo BAREMBLITT (1996) e MONCEAU (1996), existem os analisadores naturais produzidos pela própria vida histórico-social dos acontecimentos, ou seja, produzidos a partir de suas determinações históricas, culturais, sociais, políticas e econômicas. Aqueles considerados artificiais são dispositivos construídos pelo analista institucional, o qual os criam e inventam para propiciar o processo de explicitação dos conflitos e de resolução dos mesmos.

A implicação e a transversalidade também são conceitos essenciais a serem compreendidos na abordagem da análise institucional, pois, geralmente, esses são aspectos das relações humanas, que não são explicitados no cotidiano de trabalho.

Para BARBIER (1985, p120), a implicação, no campo das Ciências Humanas, pode ser conceituada como

o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade do conhecimento.

Nessa perspectiva, os socioanalistas/pesquisadores não são máquinas, ou seja, pessoas frias, sem sentimento ou emoção, que estão prontas para iniciar um trabalho de análise. Eles se misturam e também se incorporam ao campo de intervenção, pois não são impessoais, ao contrário, têm suas histórias de vida, suas experiências, sua militância passada e presente, seus outros lugares de exercício profissional, seu status. Eles carregam ainda seus referenciais científicos e suas ideologias, ou seja, sua maneira de ver as coisas no mundo (MONCEAU, 1996).

Segundo LOURAU (1993, p. 36), as implicações “podem ser claramente libidinais”, em relação a um grupo, exemplificando essa situação com os “afetos heterossexuais e homossexuais”, que estão constantemente presentes, em vários momentos da vida cotidiana. Essas, igualmente, podem ser de natureza política e ideológica, sempre presentes no contexto grupal e organizacional. Um exemplo desse tipo de implicação são as atitudes e os comportamentos sedutores que os indivíduos apresentam quando querem exercer uma “certa hegemonia de poder”.

O que me preocupa é que nas organizações, de modo geral, os trabalhadores, principalmente aqueles que ocupam cargo de chefia, na maioria das vezes, não analisam suas implicações no processo de trabalho.

Dessa forma, numa situação em que haja conflito entre o enfermeiro e os demais membros da equipe de enfermagem, esse pode levar em conta somente a sua decisão na resolução dessa problemática, pois está atravessado por várias implicações (hierarquia, poder, divisão de classe social, status, etc) que geralmente não são explicitadas

e nem analisadas por ele e demais profissionais. Então, o que pode prevalecer é a sua decisão, mesmo se essa não for a mais satisfatória e adequada para os demais integrantes da equipe.

Nessa perspectiva, as implicações relacionadas à profissão enfermagem, ao status, ao poder, às relações hierárquicas presentes entre as categorias profissionais, por exemplo, necessitam ser, constantemente, analisadas e explicitadas para que o enfermeiro mediante uma situação conflituosa não tome decisões arbitrárias e muitas vezes até injustas.

A meu ver, tanto as implicações dos trabalhadores, quanto às dos pesquisadores influenciam, significativamente, nas relações interpessoais no ambiente organizacional, sendo, portanto, necessário ter clareza do nível de implicação de cada um em determinadas situações.

Tendo como eixo condutor a análise institucional, torna-se importante, ainda, compreender o coeficiente de transversalidade²⁰ (GUATTARI, 1987) existente nas relações institucionais, pois esse conceito tem como pressuposição que nas instituições coexistem, de forma dinâmica, processos formais (relações hierárquicas, por exemplo) e informais (relações não estabelecidas no organograma) que nem sempre são percebidos pelos trabalhadores. Assim, quanto mais um grupo percebe essa dinâmica que atravessa o seu cotidiano de trabalho, maior será o seu coeficiente de transversalidade e a possibilidade de tornar-se cada vez mais grupos sujeitos e não sujeitos.

Para a análise das transversalidades e implicações presentes no cotidiano organizacional, LOURAU (1988) propôs a elaboração de um diário, como um importante instrumento a ser utilizado pelos analistas/pesquisadores para descreverem as relações (afetivas, econômicas, profissionais, entre outras) que estabelecem com o seu trabalho. Apresentou a relevância dessa técnica de análise de implicações a partir de estudos que realizou analisando diários de campo de pesquisadores como Bronislaw Malinowski e

²⁰ No capítulo intitulado: A transversalidade, publicado no livro *Revolução Molecular*, Felix Guattari usa a seguinte analogia para ilustrar o coeficiente de transversalidade: “coloquemos num campo fechado cavalos com viseiras reguláveis e digamos que o coeficiente de transversalidade será justamente esta regulagem das viseiras (...) a medida que formos abrindo as viseiras, pode-se imaginar que a circulação se realizará de maneira mais harmoniosa” (GUATTARI, 1987, p. 95)

publicando trechos dos seus próprios diários, em alguns dos seus livros (LOURAU, 1988 e 1994).

Diante dessas considerações teóricas, fundamentada na abordagem da análise institucional, parto do princípio de que as situações de conflito explicitam importantes analisadores das relações de trabalho, tendo os trabalhadores diferentes graus de implicação, em relação aos membros da equipe e à instituição enfermagem/hospital. Neste sentido, suponho que o conjunto desses processos resultará no próprio movimento instituído/instituinte e de institucionalização da equipe com repercussões na instituição-saúde.

Nessa perspectiva, tenho um desafio: utilizar um dispositivo socioanalítico, como uma ferramenta que possa contribuir, efetivamente, na explicitação dos analisadores presentes nas situações de conflito, vivenciadas pela equipe de enfermagem nas organizações de saúde, permitindo analisar, de forma coletiva, alguns não-ditos organizacionais.

Portanto, no próximo tópico descrevi o percurso metodológico percorrido para se investigar o objeto de estudo, focalizando o desenvolvimento do dispositivo elaborado.

**4- O CAMINHO
PERCORRIDO NESSA
HISTÓRIA**

O percurso metodológico que
direcionou essa investigação

Para abordar determinado aspecto da realidade, como no caso desse estudo, é preciso escolher um caminho, instrumentais teóricos e técnicas de pesquisa, que possibilitem descrever, explicar e analisar os fenômenos ocorridos em um contexto histórico. Isso é o que MINAYO (1999) conceitua como a metodologia de uma investigação social, acrescentando a esses elementos, a criatividade, a experiência e o rigor científico do pesquisador.

Com essa investigação pretendo apreender, a partir da visão dos enfermeiros, aspectos próprios das situações de conflitos que ocorrem, cotidianamente, no contexto hospitalar. Assim, por se tratar de um fenômeno processual, portanto, em movimento, justifica-se a opção pela abordagem da pesquisa qualitativa, o que reforça os limites e o caráter provisório desse e de outros estudos científicos.

Em relação à abordagem qualitativa de pesquisa, MINAYO (1999, p. 22) afirma,

qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa “se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, ela é própria para se investigar questões muito particulares, inscritas em um determinado fenômeno social, pois busca descrever e explicar: significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. É uma abordagem que “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas”, aspectos que não podem ser percebidos, nem capturados, por equações, médias e cálculos estatísticos (MINAYO, 1994, p. 22).

Neste sentido, SILVERMAN²¹ (1995) diz que

a pesquisa qualitativa ocorre num *setting* natural (não construído artificialmente pelo pesquisador), envolvendo a observação de situações reais e cotidianas; trabalha a construção não estruturada dos dados (sem hipóteses feitas previamente) e busca o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados.

De acordo com FREITAS (1996), a análise institucional é uma abordagem qualitativa de investigação científica, fortemente vinculada à pesquisa sociológica. Essa abordagem teórica tem por finalidade compreender uma determinada realidade social e organizacional que parte do discurso enunciado e das práticas desenvolvidas pelos sujeitos investigados. É um método de pesquisa que apresenta um conjunto de conceitos ligados entre si, os quais pode-se destacar: instituição, analisador, implicação, transversalidade, encomenda e demanda (HESS e SAVOYE, 1993).

De forma sintética, LAPASSADE e LOURAU (1972, p. 148) descrevem que a análise institucional é, portanto, “um método de análise social com base em observação e documentos, centrada no conceito de instituição”. Tendo em vista esse conceito, na análise desse estudo, pretendo focalizar a instituição enfermagem constituída histórica e socialmente e a organização hospital, que é atravessada por diversas outras instituições.

Mesmo compreendendo que toda pesquisa tem limites, ou seja, não alcança a totalidade dos problemas a serem investigados, o caminho delineado, desde as primeiras versões desse estudo, foi o da ‘mudança’, na perspectiva de mobilizar os enfermeiros, para juntos produzirmos um efeito de intervenção, na nossa realidade de trabalho, fazendo uma aproximação aos princípios da socioanálise, descrita por LAPASSADE e LOURAU (1972); LOURAU (1975); HESS e SAVOYE (1993) e MONCEAU (1996).

Essa proposta talvez seja ousada, mas lendo um artigo de COIMBRA et al (1987, p. 47) não tive receio de continuar essa investigação, pois as autoras citam que

²¹ SILVERMAN, D. *apud* DESLANDES, S. F. e ASSIS, S. G. Abordagens qualitativa e quantitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S. e DESLANDES, S. F. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195-223.

ao nos imiscuir nas instituições temos como estratégia provocar e intensificar movimentos instituintes que possam percorrer até seus vasos capilares, no sentido de fazer circular a palavra. Fortalecer as forças instituintes para que seja o instituído constantemente denunciado no seu processo de naturalização. Porque nos imiscuir nas instituições? Imiscuir é misturar, significa necessariamente implicar-se com tudo que se faz, que se vive.

Sendo assim, o pesquisador é um sujeito implicado e não um sujeito neutro ao seu objeto de investigação. Tenho, portanto, um certo posicionamento nesse estudo: buscar, coletivamente, melhorar cada vez mais as relações da equipe de enfermagem no cotidiano de trabalho, tendo em vista a produção de grupos sujeitos, que segundo BARBIER (1985, p. 158), são grupos, os quais possuem o “fruto da criação” como sua força principal.

De acordo com LOURAU (1993, p. 36) a análise das implicações deve ser o substrato do trabalho do socioanalista/pesquisador. Para o autor esse trabalho não consiste apenas em “analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo momento, inclusive no momento da própria intervenção”, ou durante um processo investigativo.

Sinteticamente, entendo que o conceito de implicação remete ao grau de envolvimento que o pesquisador/socioanalista tem com o fenômeno a ser investigado, contrapondo-se, portanto, à idéia de neutralidade advinda do positivismo, que coloca o investigador à margem do contexto estudado, ou seja, distante do seu objeto e do cenário de observação.

4.1- Em busca de um modelo de organização e análise de dados na pesquisa qualitativa

RIVORÊDO (2005, p. 207) aponta a

“Babel de opções metodológicas e de técnicas criadas no âmbito das ciências e, em especial, das Ciências Humanas, pelas relações que esse campo do conhecimento estabelece com seu objeto”.

Diante dessa diversidade de métodos e de técnicas de investigação, no âmbito das Ciências Sociais, reforço que esse é um estudo desenvolvido na perspectiva da abordagem qualitativa de pesquisa, circunscrita à área sociológica.

Tendo em vista essas diretrizes é necessário escolher um caminho para se desenvolver a fase de organização e de análise dos dados apreendidos na realidade social estudada. Para isso, busquei subsídios teóricos nos critérios para análise de dados qualitativos, apresentados principalmente, por LUDKE e ANDRÉ (1986) e POPE e MAYS (2005), que focalizam em seus estudos essa abordagem de pesquisa.

Inicialmente, o que possibilita a organização e a análise de dados qualitativos é a construção de um conjunto de categorias analíticas (LUDKE e ANDRÉ, 1986); (GOMES, 1994) e (POPE et al, 2005).

“A palavra categoria em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”. Nessa perspectiva, categorizar dados significa: “agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito” capaz de englobar todos esses aspectos. “Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa” (GOMES, 1994 p. 70).

Segundo LUDKE e ANDRÉ (1986) para se elaborar as categorias iniciais, é preciso ler e reler várias vezes o material bruto, ou seja, ler e reler, por exemplo, transcrições de entrevistas individuais ou grupais, quantas vezes forem necessárias, até que o pesquisador sinta que está impregnado por aquele conteúdo.

Para os autores essas leituras sucessivas possibilitam a divisão e a classificação do material, alertando que, nessa etapa de separação dos dados, o pesquisador não pode perder de vista a relação que há entre todos os componentes que constituem o conteúdo do material estudado. Ressaltam que

outro ponto importante nesta etapa é a consideração tanto do conteúdo manifesto quanto do conteúdo latente do material. É preciso que a análise não se restrinja ao que está explícito no

material, mas procure ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p. 48).

Ao realizar essas leituras, repetidas vezes, o pesquisador utiliza alguma forma de codificação, relacionadas às categorias iniciais ou aos conceitos emergentes que podem surgir espontaneamente. Esta etapa também é denominada de indexação de dados qualitativos (POPE et al, 2005).

Nesse fase, POPE et al (2005, p. 90) mencionam que

os dados relevantes a cada categoria são identificados e examinados usando um processo denominado comparação constante, no qual cada ítem é conferido ou comparado com o resto dos dados para estabelecer categorias analíticas. (...) o processo de indexar grupos focais ou material de entrevistas pode incluir a busca por tipos particulares de narrativas, como piadas ou casos, ou tipos de interação, como questões, desafios, censura ou mudanças de pensamento.

Existem várias formas para se agrupar as categorias encontradas no material, que agora começa a ser lapidado gradativamente. Mas, segundo POPE et al (2005, p. 91), essa é uma etapa que “está tipicamente vinculada a um processo de recortar e colar, isto é, selecionar partes dos dados em temas parecidos ou relacionados e colocá-los juntos”.

LUDKE e ANDRÉ (1986) também apresentam essa forma manual de classificação de dados qualitativos, ressaltando que esse trabalho de recorta-cola, ou seja, o agrupamento de dados relacionados a determinados conceitos pode resultar, inicialmente, num conjunto de categorias que sem dúvida serão reavaliadas, reagrupadas e modificadas, em momentos ulteriores nessa fase de organização e análise dos dados.

Esse método manual de classificação de dados relacionados à pesquisa qualitativa

embora considerado um pouco antiquado, o contato físico e o manuseio repetidos dos dados é recomendável; o processo de reler os dados e separá-los em categorias significa que o pesquisador desenvolve um íntimo conhecimento dos dados, mesmo que o processo seja trabalhoso (POPE et al, 2005, p. 91).

As considerações teóricas apresentadas pelos autores citados serviram de base para se pensar um modelo de organização e de análise dos dados obtidos nessa pesquisa, por meio das estratégias de captura da realidade, utilizadas para compreender o objeto de estudo.

4.2- As estratégias de captura da realidade: a fase exploratória e a perspectiva da socioanálise

4.2.1- A fase exploratória: o primeiro momento da investigação

Um levantamento bibliográfico inicial revelou que existem poucos estudos relacionados ao tema- conflito nas relações de trabalho da equipe de enfermagem, principalmente no Brasil, onde encontrei somente um artigo²² sobre o assunto. Por isso, foi necessário estabelecer um diagnóstico sobre o tema a ser estudado, tendo em vista uma maior aproximação com a realidade vivenciada no hospital. Assim, iniciei em 2003, uma pesquisa exploratória junto aos enfermeiros do HC-UFGM.

De acordo com GIL (1999), as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar uma visão aproximada acerca de determinada situação. Este tipo de pesquisa se constitui, na maioria das vezes, como a primeira fase de um estudo mais amplo e o seu resultado final tem como alvo a delimitação de um problema passível de investigação por meio de técnicas e procedimentos mais sistematizados.

Para LUDKE e ANDRÉ (1986, p. 22) a fase exploratória

é o momento de especificar as questões ou pontos críticos, de estabelecer os contatos iniciais para entrada no campo, de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo.

Neste sentido, apliquei um questionário (Anexo III) que visou a preparação do campo empírico da pesquisa, proporcionando maior interação entre a pesquisadora e os sujeitos pesquisados. Além disso, esse instrumento de coleta de dados foi fundamental para

²² FRANCISCO et al (1997).

levantar questões, essenciais, relacionadas às situações de conflitos vivenciadas pela equipe de enfermagem no cotidiano de trabalho²³.

O questionário pode ser definido

como uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc (GIL, 1999, p. 128).

Segundo o autor, esse tipo de instrumento de coleta de dados é denominado de auto-aplicado, quando é proposto por escrito aos respondentes pesquisados, como foi o caso desse estudo.

Inicialmente, realizei um levantamento prévio dos setores de trabalho e da quantidade de enfermeiros que estariam presentes na escala de plantão do mês de setembro de 2003, nos períodos diurno e noturno, identificando cento e cinco (105) enfermeiros que atenderam ao critério estabelecido.

O questionário aplicado constituía-se de algumas perguntas sobre os dados de identificação dos enfermeiros pesquisados e seis (06) perguntas direcionadas ao tema estudado. Constava, ainda, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-01 (Anexo IV), explicando todas as informações acerca da pesquisa e solicitando a participação dos enfermeiros neste estudo.

As questões de um (01) a cinco (05) eram abertas e estavam relacionadas ao conceito de conflito, atitudes para lidar com situações conflituosas, facilidades e dificuldades para lidar com situações desta natureza, além de questionar o preparo dos respondentes para lidar com os conflitos da equipe no cotidiano de trabalho. Ressalto que a última questão (06) foi elaborada com o intuito de saber quantos enfermeiros estavam

²³ Antes de iniciar a pesquisa exploratória, solicitei autorização à Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE) do HC-UFGM para realizar o estudo e encaminhei o projeto ao Comitê de Ética do hospital, a fim de cumprir as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação do Ante-projeto (Anexo IV), agendei uma reunião com o chefe da VDTE, para apresentar os objetivos e a proposta do estudo, bem como discutir a operacionalização dessa fase.

preocupados com este tema e identificar se os mesmos tinham interesse em participar da segunda fase da pesquisa.

Os enfermeiros expuseram seus motivos quanto à continuidade da sua participação ou não na pesquisa e aqueles que tiveram interesse, deixaram telefone e e-mail para contatos posteriores. Dos cento e cinco enfermeiros (105), trinta e sete (37) devolveram o questionário, que foi aplicado no mês de setembro de 2003.

Portanto, participaram da fase exploratória trinta e sete (37) enfermeiras²⁴ que atuam nos períodos da manhã, tarde e noite, e desenvolvem seu trabalho em diferentes setores do hospital²⁵. Ressalto que foram excluídos dessa etapa, aqueles profissionais que gozavam férias, estavam de licença ou afastados do serviço por algum motivo.

As perguntas relacionadas aos dados de identificação dos enfermeiros pesquisados permitiram caracterizar, de forma sintética, os sujeitos que responderam ao questionário nessa etapa inicial. O Anexo V possibilita visualizar o perfil dos participantes em relação ao sexo, idade, cargo que ocupa, tempo de formado e de serviço na organização.

Todos os informantes desta fase inicial da pesquisa são do sexo feminino, com idade média de trinta e nove (39) anos. O tempo médio de formação é de treze (13) anos e o tempo de serviço na instituição varia entre vinte oito (28) e dois (02) anos, com exceção de uma enfermeira que está no hospital há nove (09) meses e outra que foi admitida apenas há um (01) mês. Das trinta e sete (37) enfermeiras pesquisadas, treze (13) ocupam cargo de chefia, destas uma (01) é coordenadora técnica assistencial e as demais são coordenadoras de enfermagem²⁶.

²⁴ Dos 105 enfermeiros pesquisados, 06 eram do sexo masculino. No entanto, nesta fase exploratória, todos os sujeitos que responderam ao questionário eram do sexo feminino. Por isso, utilizei a palavra enfermeira para caracterizar os sujeitos da pesquisa.

²⁵ Apesar das Unidades Funcionais terem sido aprovadas, nesse estudo, utilizei para nomear os setores de trabalho, a mesma denominação encontrada na escala mensal da enfermagem, descritos a seguir: Divisão Técnica de Enfermagem (DTE), Ambulatório São Vicente (ASV), Ambulatório Carlos Chagas (ACC), Ambulatório Bias Fortes (ABF), Ambulatório Borges da Costa (ABC), Ambulatório de Dermatologia (ADE), Quimioterapia (QT), Hemodiálise, RX, Hospital São Geraldo (HSG), Central de Material Esterilizado (CME), Pronto Atendimento (PA), 2º Sul, Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI adulto), Maternidade, Neonatologia, Centro Cirúrgico (CC), Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI pediátrico), Pediatria, 7º Leste, 8º Leste, 9º Leste, 10º Leste e 10º Sul.

²⁶ No HC-UFG, os coordenadores técnicos assistenciais são responsáveis por um ou mais setores e os coordenadores de enfermagem são responsáveis por uma unidade ou setor, como no caso dos ambulatórios.

4.2.1.1- Apresentando as respostas obtidas na fase exploratória: uma primeira aproximação ao objeto e aos sujeitos do estudo

Para organizar as respostas obtidas na fase exploratória, primeiramente, realizei uma leitura de todas as perguntas do questionário, buscando obter uma visão global das informações fornecidas. Posteriormente, li e reli individualmente cada questão, a fim de delimitar o conteúdo de cada resposta. Neste momento, fui extraindo e transcrevendo palavras e trechos significativos, que guardavam relação com o fenômeno pesquisado, o qual pretendia identificar e circunscrever.

As palavras-chave e os trechos extraídos das respostas obtidas foram agrupados, tendo em vista, a convergência e a divergência de significados. Eles foram organizados em quadros demonstrativos para facilitar a visualização, permitindo novos agrupamentos e novas reorganizações, quando necessário.

Ressalto que antes de iniciar a primeira leitura, os questionários foram enumerados de um (01) a trinta e sete (37), aleatoriamente, facilitando a identificação posterior dos fragmentos dos conteúdos das respostas, pois os mesmos, foram codificados em (01), (02), (03), (...), para serem apresentados no texto, a fim de manter o sigilo e o anonimato das informantes.

A primeira questão buscava identificar o que os enfermeiros do HC-UFMG entendiam por conflito, explicitando a visão destes profissionais acerca do fenômeno pesquisado.

Para as enfermeiras o conflito está relacionado à luta que é realizada por meio da fala, quando ocorre situação de impasse entre os desejos das pessoas- trabalhadores- e as necessidades da organização.

É uma situação em que há desacordo das partes envolvidas em determinada circunstância, na qual existe discordância de metas, de interesses e de opiniões, gerando desavenças entre os trabalhadores de diferentes turnos de trabalho, devido à incompatibilidade de algum membro da equipe.

Assim, as situações conflituosas são caracterizadas pelas divergências existentes entre as pessoas, que têm opiniões diferentes em relação à determinado assunto. Divergências de valores, de crenças, de cultura, de mitos, de idéias, de opiniões, de atitudes e de condutas, podendo ser também conceituais e metodológicas, relacionadas às ações necessárias para o desenvolvimento do trabalho. Os trechos abaixo evidenciam esses pontos de vista:

“Conflito é uma situação de impasse ou que necessita de resolução, mas que depende dos dois lados de interesse. Discussão. Oposição de idéias ou interesses em uma situação (...)” (20).

“Impasse que ocorre entre os desejos das pessoas e as necessidades do serviço” (16).

“É a discrepância de idéias, atitudes, opiniões, são situações de impasse” (08).

“Situação de desacordo, desentendimento entre pessoas, grupos” (36).

“(...) luta, comumente, feita através da fala. Discussão, desavença” (32).

“Estar em oposição a algo, por exemplo, idéias e opiniões diferentes. Desavença, choque, luta” (03).

“Divergências que existem entre as pessoas que têm opiniões diferentes sobre determinado assunto” (17).

“Divergência de ações, idéias e interesses entre as pessoas” (29).

“(...) divergências conceituais e metodológicas de ações necessárias para desenvolver o trabalho” (02).

Segundo as enfermeiras, as situações conflituosas ocorrem quando idéias e interesses são antagônicos, há colisão de idéias opostas, ou seja, são forças contrárias, que retratam uma situação de atrito ou choque de opiniões. São situações em que há diversidade de opiniões, mas que necessitam de decisão única. Essas visões podem ser exemplificadas pelos seguintes trechos:

“Situação de desentendimento, de choque de idéias, de intolerância bilateral, de desrespeito mútuo” (34).

“Colisão de idéias opostas, ou de uma mesma idéia vista de maneira diferente (...)” (32).

“Situação de atrito, de dúvida, de choque de opiniões” (37).

“Desentendimentos, opiniões ou forças contrárias que não conseguem entendimento” (22).

“Situação em que há diversidade de opiniões, mas que há necessidade de decisão única”. (05).

O conflito é percebido como um termo pejorativo e forte, ligado às situações de poder, em que as pessoas priorizam suas opiniões por razões pessoais, institucionais ou ideológicas. Portanto, são situações que envolvem interesses individuais e profissionais.

Além disso, o conflito é visto pelas enfermeiras como um empecilho, uma situação de difícil condução, que pode, por exemplo, desestruturar o desenvolvimento de um plantão, realizado pela equipe de enfermagem. Ressalto que uma das enfermeiras respondeu que para ela o conflito significa a quebra da rotina, isto é, algo inesperado que pode trazer conseqüências momentâneas ou rompimento da equipe, com conseqüências futuras.

“Para mim, conflito significa diferença de idéias, empecilho” (25).

“Atualmente é percebido como um termo pejorativo, forte, capaz de por si só gerar outro conflito. Significa divergências de opinião, algo contraditório” (10).

“É a quebra da rotina, é algo inesperado que pode trazer grandes conseqüências momentâneas ou rompimento, com seqüelas futuras, se não forem bem trabalhados” (06).

“Situações enfrentadas por pessoas, as quais estão envolvidos interesses profissionais e pessoais; sempre estão ligadas à questão de poder” (02).

As enfermeiras mencionam ainda, que quando se têm pontos de vistas diferentes de um mesmo problema, isso gera situações de conflito, provocando estresse e insatisfação da equipe de enfermagem, o que causa prejuízo nas relações interpessoais. Os conteúdos a seguir revelam essas percepções:

“Conflito é quando se têm pontos de vistas diferentes e diante disso, não se consegue chegar a um consenso” (30).

“Visão diferente de um mesmo problema, que leva à estresse, insatisfação e prejuízo nas relações humanas” (19).

“Desacordo, falta de consenso em relação a determinado assunto, gerando atrito e mau relacionamento entre o grupo ou equipe” (01).

“São situações que geram stress para toda a equipe (...) por falta de respeito ao trabalho do outro profissional” (23).

“Situações estressantes, de difícil condução (...)” (28).

As situações acima foram contrapostas por uma das respondentes, quando disse que o conflito enriquece as relações, exatamente, por sermos seres humanos e, portanto, apresentarmos diferentes crenças, sentimentos e opiniões.

“É tudo o que gera e desperta diferentes pensamentos e opiniões. O conflito no meu entender é o que faz a riqueza das relações, pois somos diferentes em muitos assuntos, crenças e sentimentos” (14).

A falta de comunicação eficaz entre a equipe de trabalho e de entrosamento entre seus membros, bem como a ausência de consenso em relação a determinado assunto, são fatores que produzem situações conflituosas, conforme citaram as enfermeiras pesquisadas. Para elas, estes fatores são decorrentes da falta de padronização e de respeito às normas organizacionais, associados a uma administração ineficiente da equipe de trabalho.

“Definiria como momentos em que há desencontros de opinião, falta de comunicação eficaz entre a equipe de trabalho” (33).

“Conflito é falta de comunicação, de entendimento, de entrosamento, de administração dentro de uma equipe de trabalho. Afinal a enfermagem é uma equipe, isto é, deveria ser uma equipe de trabalho contínua, seguindo uma mesma linha de trabalho. E quando isto não acontece, aparecem os conflitos” (13).

“Falta de entendimento, em decorrência às vezes da falta de padronização, falta de respeito às normas” (12).

De acordo com as informantes, os conflitos também são desencadeados por situações interpessoais, ou até mesmo pessoais, em que são questionados os valores, as condutas e o comportamento dos indivíduos. Destaco que uma delas considerou que situações desta natureza proporcionam fatos positivos ou negativos, necessários para o crescimento individual ou coletivo dos trabalhadores.

O conflito é caracterizado também, como uma situação de dúvida, que propicia momentos de reflexão, principalmente, quando é preciso tomar decisões, determinando as condutas a serem seguidas. Portanto, os conflitos são considerados problemas que necessitam de resolução imediata. A seguir exemplifiquei com alguns trechos dos conteúdos das respostas obtidas:

“Situações interpessoais (ou mesmo pessoais) onde são questionados condutas, valores, comportamentos. No meu entendimento, o conflito não precisa ser necessariamente entre duas pessoas: enfermeira/paciente, médico/enfermeira. Muitas vezes, sinto o conflito internamente, comigo mesma, quando questiono minhas próprias condutas e revejo meus valores na eterna (re) construção dos meus significados e da minha visão-de-mundo” (04).

“Conflito pode ser drama de consciência consigo mesma, acerca de determinada conduta que terá de tomar frente a uma situação (...)” (26).

“(...) reflito que é algo que proporciona um feedback positivo ou negativo, mas ambos são necessários para o crescimento individual ou coletivo (...)” (27).

Na segunda questão (02) solicitei aos enfermeiros que descrevessem uma situação de conflito vivenciada por eles no seu ambiente de trabalho, evidenciando os seguintes aspectos: agentes envolvidos, causas que desencadearam a situação e conseqüências do conflito descrito.

As situações descritas evidenciam conflitos que, na maioria das vezes, ocorreram entre: enfermeiro/enfermeiro, enfermeiro/técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiro/médico, técnico de enfermagem/técnico de enfermagem e técnico de enfermagem/familiares de paciente.

Na opinião das enfermeiras, de modo geral, essas situações conflituosas ocorreram devido a alguns fatores como: sair do setor de trabalho sem comunicação prévia, déficit de pessoal, remanejamentos aleatórios e arbitrários, falta de padronização de normas e rotinas, escalas realizadas pelo enfermeiro, entre outros.

Os conflitos ocorridos e descritos pelas enfermeiras levaram à diversas conseqüências que, segundo elas, interferem nas relações interpessoais no trabalho e no comportamento das pessoas, como por exemplo: agressões verbais, resistência, constrangimentos, reclamações, convívio insustentável, desconfianças, frustração, irritação, desarmonia e mau humor no trabalho. Além disso, algumas situações descritas interferem diretamente na assistência prestada aos pacientes.

Para exemplificar os conflitos descritos pelas enfermeiras apresentei duas das situações relatadas. Ressalto que seis (06) enfermeiras não responderam a essa questão.

Situação 1: “Enfermeira do noturno apesar do plantão estar desfalcado concede folga extra para um funcionário. Ela chega mais cedo no plantão e informa que não vai trabalhar, pois está passando mal. Informe-i-lhe que o setor estava lotado. Ela nem se preocupou que com sua ausência haveria um déficit de três funcionários. Mesmo assim, não assumiu suas funções. Quando fui informada do déficit, fiquei furiosa com a falta de compromisso e responsabilidade da enfermeira. Ela não se lembrou da folga-extra concedida indevidamente e das férias de outro funcionário do seu plantão. Consegui um funcionário da tarde para dobrar de turno. No plantão seguinte da enfermeira usei toda minha energia para exteriorizar tudo que eu pensava de sua atitude irresponsável e descompromissada frente a sua equipe de trabalho e a unidade, uma vez que não parecia estar ‘tão doente’ e sim cansada do seu outro trabalho onde faz oito horas. Da conversa pude perceber que o hospital é apenas um bico para ela. Em outra ocasião solicitou uma folga-extra que não lhe foi concedida pelo fato de o plantão estar desfalcado. Então, ela faltou ao plantão sem nenhum comunicado prévio. Encaminhei à Divisão Técnica de Enfermagem o relato da ocorrência e solicitei que a mesma fosse transferida para outro setor (...)” (26).

Situação 2: “Quando trabalhava em outra unidade há dois anos, havia uma enfermeira que sempre criava conflitos com os enfermeiros da unidade, ela se aliava aos técnicos para denegrir a imagem dos colegas. Em doze anos trabalhando nesta instituição nunca tive uma falta e sempre relatei-me bem com os colegas. Esta enfermeira estava coordenando a unidade e não permitiu que eu fizesse uma troca de plantão. Minha família viajou para um casamento no interior e eu tive que ir no dia seguinte ao plantão. Ela tornou nosso convívio insustentável. Fui à Divisão Técnica de Enfermagem comunicar a minha decisão de me exonerar e me foi oferecido a possibilidade de ir para outro setor. Desde então, estou nessa outra unidade onde os enfermeiros discutem, conversam e tem um equilíbrio no convívio e os conflitos são resolvidos” (17).

Na questão três (03) perguntei aos enfermeiros qual era a sua atitude quando se deparavam com uma situação de conflito no ambiente de trabalho. Pretendia identificar como estes profissionais vinham lidando com situações desta natureza.

Constata-se que reunir, conversar e ouvir a equipe ou as pessoas envolvidas são as principais ações realizadas pelas enfermeiras, quando se deparam com uma situação de conflito, visando esclarecer a situação, discutir o objeto da discórdia, resolver o problema o mais rápido possível e até, melhorar o relacionamento da equipe e o desempenho profissional. Algumas enfermeiras destacam que realizam estas ações, sempre buscando no grupo de trabalhadores a solução para os conflitos que surgem, envolvendo toda a equipe na situação ocorrida. Exemplifico estas posições com os trechos a seguir:

“Normalmente elas (as situações de conflito) são resolvidas de maneira simples. Prefiro conversar individualmente com os envolvidos” (06).

“Tento conversar com as pessoas envolvidas imediatamente para esclarecer a situação” (08).

“Procuro ouvir o outro (os outros), tento ponderar em meu pensamento a respeito da situação e o que as outras pessoas pensam; juntos tentamos uma solução” (18).

“Reunião com as pessoas envolvidas e discussão do assunto ou objeto da discórdia; procurar a solução no grupo (...)” (01).

“A comunicação é fundamental. Reúno a equipe e conversamos todos ao mesmo tempo para não haver maus entendidos” (13).

“(...) acho importante permitir aos envolvidos a participação no processo decisório” (05).

As informantes relataram ainda outras ações que se caracterizam como complementares e seqüenciais às ações descritas acima, tais como: identificar a causa do conflito, certificar o fato que ocasionou esta situação, refletir a respeito da situação ocorrida, compreender o problema, avaliar a situação de conflito no contexto em que ocorreu, esclarecer os motivos e os pontos a serem discutidos, interpretar a situação, buscar alternativas possíveis, propor soluções e resolver a situação conflituosa. Registraram que, para lidar com estas questões, é necessário manter o bom senso, a lucidez, a calma e o equilíbrio, respeitando as partes envolvidas e propiciando um ambiente tranqüilo para a resolução dos conflitos.

As respostas obtidas evidenciaram que, na maioria das vezes, as enfermeiras lidam com as situações de conflito, de forma racional, pois descrevem suas ações de maneira seqüencial, ou seja, relatam uma série de ações consecutivas –para, pensa, analisa, age e avalia- que visam uma resolução imediata para os problemas encontrados, não deixando a situação ser levada para o lado pessoal.

“Certificar o fato que ocasionou o conflito; manter a calma, a tranqüilidade e o equilíbrio; ouvir para discernir e separar os fatos; cientificar-se de toda a situação conflitante e propor soluções” (27).

“Depende do envolvimento, se estou dentro ou fora da situação. Em linhas gerais a primeira coisa a fazer é identificar a causa e estancá-la. Não deixar que a situação seja levada para o lado pessoal, tentar tirar o apelo emocional, trazendo para o racional. Ouvir e/ou interpretar a situação, avaliá-la no contexto em que está inserida (...)” (10).

“Procuro escutar as opiniões e tentar esclarecer os pontos a serem discutidos (...)” (05).

“Procuro com muito esforço manter-me calma para pensar na melhor saída. Envolve toda a equipe na situação com o intuito de resolver o mais rápido possível” (28).

“(...) é mais fácil manter a calma, a lucidez e, sobretudo a educação e o respeito com os demais personagens envolvidos” (04).

“Procuro conversar com as pessoas envolvidas e manter o bom senso” (22).

Para uma das enfermeiras investigadas, parece ser mais fácil lidar com situações de conflito relacionadas às questões ‘técnicas’ do trabalho, do que enfrentar situações ligadas aos ‘aspectos psicológicos’ da equipe, os quais envolvem desejos e sentimentos individuais e coletivos, que possivelmente necessitam de uma análise mais profunda para se tomar decisões. Essa enfermeira tenta evitar os confrontos e denomina sua forma de proceder como evasiva, mas mesmo assim, reconhece ser válida, conforme mostra o trecho do depoimento do questionário quinze (15):

“No primeiro caso, que diz respeito àqueles que trabalham versus aqueles que ‘encostam’ é mais fácil lidar com a situação, dependendo do dia, ou você

conversa com os funcionários envolvidos ou remaneja a escala. No segundo caso relacionado à simpatia versus antipatia pessoal, é muito delicado. A minha preferência é evitar confrontos não colocando os funcionários juntos- opção evasiva, mas válida” (15).

Algumas respostas revelaram que a forma de lidar com os conflitos, no cotidiano de trabalho, depende de fatores tais como: a própria situação de conflito, o tipo de conflito, as pessoas envolvidas, a situação da clínica, o estado emocional da enfermeira que está coordenando a equipe de enfermagem, entre outros.

Nesse sentido, uma das enfermeiras declarou não saber o tipo de reação que pode apresentar mediante situações desta natureza, podendo ficar calma, ter raiva, apresentar indiferença, querer esclarecer ou não o fato ocorrido.

“Varia muito, dependendo de como eu e a clínica estamos, pode ser com calma, raiva, indiferença, querer esclarecer tudo na hora ou deixar estar para ver como fica, apurar minuciosamente ou não, etc” (24).

“Depende da situação; depende de como estou no momento; às vezes consigo apaziguar a situação; tento manter a calma” (26).

Além disso, uma outra enfermeira descreveu que apesar de refletir e procurar ajuda junto à equipe e à chefia para resolver situações conflituosas, muitas vezes ela acaba cedendo para não gerar mais problemas, que podem prejudicar o paciente, sendo essa uma justificava para este tipo de conduta, conforme evidencia a resposta do questionário trinta e dois (32):

“Reflico a respeito, procuro ajuda da equipe, da colega enfermeira, da coordenação, da chefia geral (DTE), sempre que necessário, ou acabo cedendo e fazendo para não criar mais problemas, mas sempre antes de tudo,

pensando no paciente, que é meu principal foco e não tem nada a ver com a situação, apesar de ser ele, às vezes, o gerador dos conflitos, mas não tem a mínima noção e culpa” (32).

A meu ver, tais atitudes demonstram certa insegurança, instabilidade e despreparo das enfermeiras, para trabalhar com as questões conflituosas, que emergem cotidianamente nas relações de trabalho, vislumbrando uma certa fuga dessas profissionais quando se deparam com tais situações.

O desejo de fuga também pode ser encontrado nas respostas de outras informantes que, ao descreverem suas condutas perante um conflito vivenciado pela equipe de enfermagem, relataram ações imediatistas, que pretendem, muitas vezes, somente apaziguar ou amenizar a situação naquele momento. Colocam-se como mediadoras, que ouvem as pessoas envolvidas, procurando não opinar e tentando julgar a situação de forma impessoal. Procuram esclarecer os fatos baseados em dados e informações que possam ser comprovados, a fim de buscar a melhor forma de resolver o problema sem transgredir normas e rotinas do serviço, tendo em vista os aspectos éticos e legais da profissão. Nesta perspectiva, uma das enfermeiras relata ainda, a necessidade de punir os envolvidos na situação de conflito, quando necessário.

“Mantenho a calma e tento ouvir as partes envolvidas, tentando encontrar uma maneira de amenizar o conflito” (33).

“Procuro de imediato apaziguar a situação e depois esclarecer os motivos que desencadearam o ocorrido e junto com os envolvidos discuto as possíveis soluções para melhorar o relacionamento e desempenho profissional no trabalho” (12).

“Tento compreender o problema vivenciado pelo profissional, chamar os envolvidos para uma conversa, intermediar a situação ouvindo os dois lados” (07).

“Procuro escutar as partes não opinando. Com base em dados comprovados esclareço a situação pontuando as falhas e se necessário punindo-as” (11).

“Tento julgar de maneira impessoal, ouvindo as duas partes envolvidas e tentamos achar uma situação de acordo” (37).

“(...) procurar a solução no grupo, respeitando os aspectos jurídicos, legais e éticos (...)” (01).

“Verifico o que ocorreu através de relato das partes envolvidas, verifico a melhor forma de resolver o conflito sem transgredir normas e rotinas do serviço que possam trazer prejuízos para o mesmo” (36).

“Ouço todas as partes envolvidas e após sentamos todos para se chegar a resolução. Após analiso e defino o que vai ser mais adequado ao serviço” (16).

Por outro lado, encontrei trechos dos conteúdos das respostas, mostrando que, nas situações de conflito, algumas enfermeiras observam, ponderam, escutam a exposição do outro, mas não deixam de emitir suas opiniões, envolvendo-se nas situações. Uma delas até manifestou que sofre, quando não é compreendida pela equipe, mediante tais situações. Ressalto, ainda, que duas enfermeiras consideraram necessário buscar ajuda externa, envolvendo, por exemplo, a DRH do hospital, para ajudar a equipe nas discussões e na tomada de decisão. Os fragmentos de conteúdo das respostas citados abaixo demonstram estas situações:

“Observo, escuto e dou minha opinião, caso acho que serei ouvida. Participo da situação me envolvendo até onde posso e devo. Não deixo de registrar minha opinião” (02).

“Habitualmente tento esclarecer o máximo o meu posicionamento sobre a situação e, até mesmo, conciliar interesses (...)” (09).

“(...) tratando-se de conflitos interpessoais, envolver a Unidade de Recursos Humanos para ajudar o grupo na discussão” (01).

“(...) pondero, retorno e exponho meu lado. Busco alternativas e soluções possíveis (...) busco ajuda externa, se necessário (...)” (20).

“Tento ouvir e acreditar que o outro quer o melhor, mas tento também colocar o meu lado, sofro quando não sou entendida” (14).

Uma das enfermeiras descreveu sentir-se incomodada diante de uma situação de conflito, pois relata que situações deste tipo levam as pessoas envolvidas a terem sentimentos de raiva e angústia que podem ser prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho.

“Geralmente sinto-me incomodada, pois as situações de conflito retiram das pessoas o que elas têm de pior: raiva e angústia. Tento manter a conversa num nível de tranquilidade e diálogo” (17).

No entanto, certos trechos das respostas das informantes evidenciaram que algumas delas buscam estratégias que permitem aos trabalhadores da enfermagem refletirem sobre suas atitudes no ambiente de trabalho, apesar de mencionarem não ser uma tarefa fácil a de lidar com conflitos cotidianos. Mesmo assim, acreditam que se as pessoas

estiverem abertas ao diálogo torna-se mais fácil a negociação no momento da resolução dos conflitos existentes. Portanto, não costumam invalidar nenhuma posição tomada pelas partes envolvidas na situação conflitante.

“Chamo as pessoas envolvidas em particular e coloco a situação. Se o problema envolve toda a equipe, reúno toda a equipe e coloco o problema. Tenho tentado fazer com que as pessoas reflitam sobre suas atitudes e principalmente se coloquem no lugar do outro. Não é uma tarefa fácil, freqüentemente me desanimo diante do egoísmo e da intolerância do ser humano” (34).

“Não costumo invalidar uma posição. Acredito que quando demonstramos estar abertos para conversar, a outra parte também costuma ‘baixar a sua guarda’ para negociar. Claro que às vezes, devemos ter atitudes ‘determinadas’ quanto a defesa daquilo que julgamos ser necessário para o bom andamento das atividades. Mas também, devemos nos abrir para mudanças e entender que muitas vezes um outro ponto de vista pode acrescentar muito ao nosso serviço” (31).

“Quando se depara com uma situação de conflito deve-se manter a conduta tomada, não invalidando nenhuma das partes, pois quando uma das partes abaixa as defesas abre-se para haver negociações” (30).

Na questão quatro (04) solicitei aos enfermeiros que citassem algumas facilidades e dificuldades encontradas por eles ao lidarem com os conflitos da equipe de enfermagem.

O quadro 3 mostra as respostas mais citadas pelas enfermeiras, sendo que dentre essas a comunicação, as características pessoais e a organização do trabalho aparecem tanto como uma facilidade quanto uma dificuldade encontrada pelas informantes

quando lidam com conflitos, pois dizem que esses fatores dependem da situação, do contexto e dos agentes envolvidos em situações dessa natureza.

Quadro 3- Principais facilidades e dificuldades citadas pelas enfermeiras na fase exploratória. Hospital das Clínicas-UFMG. Belo Horizonte-MG. Setembro de 2003.

FACILIDADES	DIFICULDADES
Colaboração/cooperação	Competição
Comunicação/diálogo	Comunicação
Características pessoais	Características pessoais
Objetivos comuns	Diversos empregos
Organização do trabalho	Organização do trabalho
Disponibilidade/gostar do que faz	Equipe inflexível
Apoio da chefia	Sobrecarga de trabalho
Liderança	Ênfase nas questões pessoais
Saber ouvir	Diferentes categorias profissionais na enfermagem
Confiança e respeito	Falta de experiência profissional
Cargo/hierarquia	Outras
Outras	_____

Os trechos abaixo exemplificam essas respostas:

“**Facilidades:** diálogo, apoio da chefia, papéis bem definidos, sistematização da assistência, normas e rotinas elaboradas em conjunto, escalas bem feitas (...)” (03).

“**Facilidades:** comunicação direta entre os atores envolvidos” (19).

“**Facilidades:** minha posição de chefia, liderança, existência da Divisão Técnica de Enfermagem e da gerência do Pronto Atendimento” (36).

“Facilidades: sou aceita pelo grupo; sinto-me integrada ao grupo; existe cooperação mútua; ponho-me à disposição do grupo, para expor seus temores, problemas e insatisfações; confiança que o grupo deposita em mim; maneira de lidar com todo o grupo” (26).

“Facilidades: meu preparo técnico, minha facilidade para gerir pessoas, meu preparo psicológico e experiência profissional, minha inteligência e habilidade de negociação, minha postura aberta” (20).

“Dificuldades: de ser chefe (hierarquias), de ter (às vezes) que ficar cobrando do funcionário, não ter muito o direito de ficar do lado de quem está certo (dar minha opinião sem represálias) (32).

“Dificuldades: desconhecimento de rotinas e normas do serviço pelos envolvidos; falta de experiência no serviço; dificuldade de comunicação, devido o tempo e a sobrecarga de atividades” (36).

“Dificuldades: heterogeneidade das categorias, espaço de disputa e sensação de perseguição entre as categorias, ocorrência de lideranças ‘negativas’” (05).

“Dificuldades: processo de trabalho que não é sistematizado, falta de normas, rotinas e protocolos, falta de instrumentos disciplinares (...)” (01).

A questão cinco (05) foi elaborada com o intuito de conhecer a opinião dos enfermeiros quanto ao seu preparo para lidar com situações de conflito no cotidiano de trabalho.

As respostas obtidas demonstraram, que a maioria das enfermeiras considera-se preparada para lidar com situações conflituosas, vivenciadas pela equipe de enfermagem. Elas apontam, principalmente, a maturidade e a experiência profissional como elementos fundamentais para se alcançar este preparo, que visa a condução e a resolução dos conflitos de maneira satisfatória. Os trechos abaixo demonstram as percepções destas enfermeiras:

“Sim, a medida que as situações vão aparecendo a gente aprende a lidar com elas” (25).

“Sim, por experiência adquirida no trabalho” (29).

“Hoje após alguns anos no campo de trabalho, acredito que lido melhor, mas estou sempre sendo racional e justa nas situações. É difícil lidar com pessoas sem que hajam conflitos”(16).

“Eu me preparo todos os dias. Me sinto tranqüila para lidar com os conflitos após estes 14 anos (...)” (20).

“Acredito que hoje em dia, após 22 anos de vida profissional e 19 anos de instituição, ficou mais fácil lidar com as situações conflituosas que se apresentam. Quero dizer que já reconheço melhor o meu papel como gerente” (9).

Algumas enfermeiras relataram que estão preparadas em parte, uma vez que, ainda, sentem dificuldades para enfrentarem os conflitos cotidianos, pois são situações particulares e específicas, determinadas por diversos fatores que, geralmente, levam essas profissionais a questionarem o seu preparo diante de situações desta natureza. Entretanto, igualmente acreditam que a experiência adquirida no trabalho é uma forma de aprendizagem, essencial, para lidar com os conflitos existentes.

“Às vezes. O dia-a-dia nos ensina a lidar com as situações” (22).

“Às vezes. Algumas situações são facilmente controladas, outras não. Acho que há vários fatores envolvidos, mas a vivência no gerenciamento da equipe dá subsídios (e experiência) para conduzir as situações de conflito. Cada novo enfrentamento tem seu lado positivo, que é a aquisição de experiência” (4).

“Ainda encontro dificuldades, mas consigo com certeza melhores resultados depois de algum tempo de experiência no setor que trabalho e conhecendo a rotina da instituição” (28).

“Não sei dizer se estou preparada, mas por viver várias situações não me desgasto tanto” (23).

“Acredito que cada situação de conflito é particular e não posso dizer que estou preparada para tudo. Porém, o dia-a-dia, vai nos moldando e nos dando bagagem para formas de abordagem adequadas a cada caso” (18).

Conforme relatei anteriormente, a questão seis (06) do questionário foi elaborada na perspectiva de se levantar o número de enfermeiros preocupados com o tema pesquisado e se eles tinham interesse em aprofundar as discussões, participando da segunda fase da pesquisa. Dessa forma, solicitei aos interessados que expusessem seus motivos e deixassem o telefone e e-mail para contato.

Das trinta e sete (37) enfermeiras que devolveram o questionário, dezoito (18) queriam aprofundar a reflexão acerca do tema em foco e concordaram com a continuidade da sua participação no estudo. Justificaram tais participações, partindo do princípio que os conflitos são situações freqüentes vivenciadas pela equipe no ambiente de trabalho e, por isso, devem ser discutidos e analisados constantemente.

Aliado a esta afirmativa, elas entendem que por coordenar a equipe de enfermagem, ou seja, ter como uma de suas atribuições o gerenciamento de pessoas, o enfermeiro deve ser um profissional preparado para lidar e administrar os conflitos

cotidianos, uma vez que isto interfere diretamente na assistência prestada ao paciente. Ressalto que uma das enfermeiras considerou fundamental pesquisar e trabalhar esse tema, especificamente, com as equipes do HC-UFMG.

“São situações constantes na equipe de enfermagem e também médico e enfermagem” (23).

“Porque sempre estamos expostos e nem sempre preparados para tal” (06).

“A profissão do enfermeiro é acima de tudo administrar conflitos” (19).

“É um tema relevante para o enfermeiro que tem entre suas atribuições a função de gerenciar pessoas e saber lidar com os conflitos e diferenças” (34).

“O enfermeiro como referência da equipe de enfermagem deve estar preparado para esta questão e também porque em nosso cotidiano estamos constantemente vivendo conflitos tanto em relação aos profissionais da enfermagem quanto aos outros profissionais” (12).

“Administrar bem os conflitos na equipe de enfermagem interfere diretamente na qualidade da assistência prestada” (01).

“Desde que o horário seja compatível e porque eu acho que aqui no HC isso é urgente” (20).

As enfermeiras apontaram, ainda, que esta atividade de pesquisa proposta pela investigadora, pode proporcionar momentos de reflexão acerca do trabalho e da equipe de enfermagem, buscando cada vez mais reconhecer e lidar com os conflitos cotidianos. É uma oportunidade para compartilharem suas dúvidas e trocarem experiências com outros enfermeiros, propiciando maior crescimento pessoal e profissional.

“Para contribuir com o trabalho e para também aprender mais sobre o tema” (04).

“Porque gostaria de estar aprendendo ainda mais a reconhecer e a lidar com os nossos conflitos. É uma oportunidade de conhecer outras crenças, mudar os valores, discernir sobre outras situações” (10).

“Para compreender melhor o trabalho em equipe, com suas nuances e conflitos” (05).

“Possivelmente poderá me auxiliar a lidar melhor com as dificuldades” (32).

“Penso que esta reflexão poderá nos ajudar a amenizar os conflitos no ambiente de trabalho” (17).

“Troca de experiências, crescimento pessoal” (28).

Destaco que uma das enfermeiras justificou o desejo de continuar na pesquisa, pelo fato de estar preocupada com as condutas adotadas, pelos enfermeiros recém-formados, para gerenciarem o trabalho da enfermagem nos diversos serviços de saúde. Outra informante pretende continuar como sujeito do estudo, pois refere fazer parte do seu trabalho contribuir com as investigações científicas desenvolvidas no Hospital-Escola.

“Pois estou muito preocupada com as atitudes e condutas dos enfermeiros recém-formados” (03).

“Faz parte do meu trabalho contribuir com a pesquisa” (29).

Quanto às demais informantes, uma não respondeu a questão e dezoito (18) afirmaram impossibilidade de participar da segunda etapa e apresentaram justificativas tais como: problemas particulares ou familiares e falta de disponibilidade de tempo devido à participação em Cursos de Pós-Graduação, outro vínculo empregatício, projetos pessoais, entre outros.

No entanto, apesar desta impossibilidade, algumas enfermeiras manifestaram o sentimento de frustração por não poderem contribuir e desejam, posteriormente, saber os resultados da investigação.

“No momento estou passando por uma fase complicada de saúde familiar e pessoal. Gostaria muito, mas não neste momento” (13).

“Inúmeros compromissos e trabalho em outra instituição” (37).

“No momento estou com alguns projetos pessoais e penso não ter condições para assumir este compromisso” (26).

“No momento estou envolvida com o meu trabalho de pesquisa do Curso de Mestrado, o que tem me absorvido muito” (09).

“Falta de tempo devido ao meu Curso de Especialização” (08).

“Infelizmente não tenho tempo disponível. É uma grande perda não poder participar” (33).

“Por falta de disponibilidade de tempo, mas gostaria de saber o resultado final” (24).

Tratando-se de uma temática complexa, como no caso das relações conflituosas da equipe de enfermagem, parti do pressuposto de que as respostas obtidas por meio do questionário não seriam suficientes para apreender e analisar essa realidade, portanto, programei uma segunda etapa para essa investigação.

Utilizei a perspectiva da socioanálise, para construir de forma coletiva um dispositivo de análise, visando a criação de um espaço que permitisse ao pesquisador e aos sujeitos da pesquisa realizarem, conjuntamente, análises e reflexões acerca da prática

profissional da enfermagem, focalizando as situações de conflito vivenciadas no cotidiano de trabalho.

Nessa perspectiva, enquanto pesquisadora implicada com meu objeto de estudo e com a organização Hospital das Clínicas-UFMG, procurei a chefia de enfermagem, para oferecer a minha proposta de pesquisa-intervenção, vislumbrando que, futuramente, essa oferta pudesse se transformar em encomenda e demandas institucionais.

4.2.2- Construção coletiva de um dispositivo socioanalítico: o segundo momento da investigação

Na visão de MONCEAU (2001), na socioanálise os sujeitos da pesquisa não são mais somente informantes, mas indivíduos que exprimem demandas de análise e/ou de mudanças e que participam ativamente da produção de um saber sobre sua própria situação.

Considerando a visão do autor supracitado, nesse segundo momento de coleta de dados²⁷, foi construído, coletivamente, um dispositivo socioanalítico com o objetivo de analisar e refletir a prática profissional da enfermagem, especificamente, discutir como os enfermeiros lidam com as relações conflituosas no trabalho, suas facilidades e dificuldades nesse processo, as relações de poder existentes, seu processo de formação, entre outros temas que estavam, estreitamente, relacionados ao objeto de estudo.

Para iniciar o trabalho, retomei a última questão do questionário aplicado na fase exploratória, verificando quais eram as enfermeiras que responderam afirmativamente quanto à sua continuidade no estudo. Identifiquei dezoito (18) enfermeiras e dessas, três (03) foram excluídas do processo, devido à demissão, aposentadoria e licença-saúde prolongada.

²⁷ Antes de iniciar essa fase da pesquisa, encaminhei o projeto novamente ao Comitê de Ética em Pesquisas e agendei uma nova reunião com a chefe da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem, para apresentar os objetivos e a proposta desta etapa do estudo, bem como discutir a sua operacionalização. O Anexo VI apresenta a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética.

Com a finalidade de fazer o primeiro contato com as quinze (15) enfermeiras identificadas, levantei novamente os seus setores de trabalho, constatando mudanças como troca de setor e de ocupação de cargos de chefia.

Após esse levantamento fui aos setores de trabalho contactar, pessoalmente, as enfermeiras que possivelmente estariam participando deste segundo momento da pesquisa. Ressalto que fui recebida gentilmente e de forma calorosa por todas as enfermeiras e ao receber meu convite, algumas ficaram surpresas por terem tido retorno de sua participação no estudo, enquanto outras não se lembravam mais do que se tratava.

Nos setores de trabalho expliquei a cada enfermeira a proposta dessa nova fase de coleta de dados, apresentando resumidamente suas diretrizes teóricas e a sua forma de operacionalização. Ao final dessa breve exposição, perguntava-lhes se ainda tinham interesse em continuar participando da pesquisa e quais eram os dias, bem como os horários disponíveis para, então, poder agendar um primeiro encontro, onde estaríamos discutindo detalhadamente, o projeto de pesquisa e a dinâmica de funcionamento dessa segunda etapa de coleta de dados. Para esse levantamento utilizei uma ficha intitulada: ‘Proposta para o agendamento do 1º Encontro’.

Gostaria de ressaltar que três (03) enfermeiras não participaram desse levantamento, pois encontravam-se de férias, mas, mesmo assim, tive oportunidade de contactá-las por e-mail e telefone, convidando-as para participarem do primeiro encontro.

Para a realização desse encontro agendei uma sala no Hospital das Clínicas-UFMG (local sugerido pelas informantes) e, ao chegar a um consenso de data e horário, que seriam mais adequados para a maioria das enfermeiras, elaborei uma carta-convite (Anexo VII) com as informações pertinentes à realização dessa atividade, entregando-a pessoalmente, nos setores de trabalho de cada enfermeira. Para aquelas que deixaram o e-mail, utilizei também esse meio de comunicação. Enviei ainda, uma carta à Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE) comunicando o dia, o horário e o local da atividade proposta.

4.2.2.1- O primeiro encontro: um momento de construção coletiva de um dispositivo de análise

Das 15 enfermeiras convidadas, compareceram nesse encontro seis (06), constituindo dessa forma, um novo perfil dos sujeitos da pesquisa, que pode ser visualizado no Anexo VIII. Descrevo abaixo a programação, os objetivos e a dinâmica de funcionamento dessa atividade.

1º Encontro

Data: 27/09/2005

Horário de início: 10 horas

Horário de término: 12:30 horas

Local: sala de aula do 8º Norte do HC-UFMG

Número de participantes: seis (06) enfermeiras e a coordenadora

Programação:

10:00 às 10:15 h- Café da manhã

10:15 às 11:00 h- Apresentação e discussão do projeto de tese; construção do dispositivo de análise

11:00 às 11:30 h- Avaliação do dia de trabalho

Para realizar a atividade proposta, o local foi preparado, cuidadosamente, na tentativa de se criar um ambiente confortável e acolhedor, constituindo assim, um espaço agradável para se desenvolver uma vivência grupal. Inicialmente, convidei as enfermeiras para um café da manhã, com o intuito de fortalecer a integração entre a pesquisadora e os membros do grupo e também entre eles, pois o grupo era heterogêneo, composto por enfermeiras assistenciais e coordenadoras técnicas assistenciais, que atuam nos diversos turnos de trabalho em diferentes setores do hospital.

Em seguida solicitei que as enfermeiras sentassem em forma de um semi-círculo, a fim de começarmos a atividade programada. Antes de iniciar o trabalho perguntei às participantes se eu poderia filmar e gravar as informações em fitas-cassetes. As respostas foram afirmativas e ninguém se opôs à forma de registro do material coletado, proposta pela pesquisadora. Para uma melhor qualidade da gravação pedi para que elas falassem, pausadamente, se identificando e tentando se expressar uma de cada vez, para facilitar o momento da transcrição.

Esse primeiro encontro teve os seguintes objetivos: proporcionar integração e socialização inicial entre os participantes do grupo, bem como entre a pesquisadora e os membros do grupo, fazer a apresentação e caracterização dos participantes, explicitar os objetivos da pesquisa e a demanda/implicações da pesquisadora, estabelecer o contrato de aceite de cada participante e as regras da dinâmica de funcionamento do trabalho, esclarecer a participação de um aluno no desenvolvimento das atividades e avaliar o dia de trabalho.

Sendo assim, apresentei os seguintes pontos para serem discutidos: motivações e objetivos da pesquisa; implicações da pesquisadora com o projeto de tese, com a organização HC e com a EE-UFMG, utilização do referencial teórico-metodológico da análise institucional e a perspectiva da socioanálise, importância da explicitação da demanda e motivos que levaram a pesquisadora propor a construção coletiva de um dispositivo socioanalítico.

Mesmo já conhecendo todas as enfermeiras convidadas propus uma breve apresentação dos sujeitos participantes, a fim de caracterizar o grupo e garantir que todas se conhecessem. Para realizar essa dinâmica distribuí pincel atômico, cartolina e fita crepe, para que as pessoas fizessem um tipo de crachá para a identificação. Todas as participantes disseram o nome, o setor de trabalho, o tempo de serviço no hospital, se tinham outro emprego, se faziam curso de pós-graduação em que área e horário, complementando com outras informações que acharam necessárias.

Concluída a apresentação dos membros do grupo, fiz uma breve exposição do projeto de tese, abordando: minhas motivações para desenvolver a pesquisa, justificativa, objeto de estudo, questões norteadoras, objetivos e metodologia proposta em duas fases.

Retomei a fase exploratória do estudo, lembrando a aplicação do questionário e o fato de estar trabalhando, nessa etapa da investigação, somente com as enfermeiras que desejaram continuar na pesquisa.

Antes de falar da dinâmica de funcionamento do trabalho e da construção, propriamente dita, do dispositivo de análise conversei um pouco com o grupo sobre as minhas implicações, reforçando que eu não sou uma pesquisadora neutra nesse processo investigativo. Iniciei falando das minhas implicações com o projeto de tese, com o curso de Doutorado da UNICAMP, com a Escola de Enfermagem-UFMG, com o HC-UFMG e com as enfermeiras desse hospital.

Esclareci que minha opção por trabalhar com as enfermeiras do HC-UFMG estava pautada no fato de serem pessoas que, além de contribuírem na formação dos alunos durante os estágios curriculares e extracurriculares, formam um grupo de profissionais em que a maioria acredita no coletivo, em formas mais democráticas para tomada de decisão e ainda aceita desafios o tempo todo.

Nesse sentido, pretendia vivenciar uma experiência o mais natural possível, de poder contar com pessoas que disseram **sim** para a pesquisa desde o início do projeto, respondendo ao questionário, devolvendo-o, respondendo afirmativamente à última questão do instrumento e finalmente comparecendo ao primeiro encontro.

Além da apresentação do projeto de tese expus, sinteticamente, alguns conceitos da Análise Institucional, enfocando a perspectiva da socioanálise e explicando que essa abordagem seria utilizada como o aporte teórico-metodológico da pesquisa. Com o objetivo de facilitar a exposição e otimizar o tempo disponível para a realização do trabalho, distribui um glossário com os principais conceitos que seriam utilizados naquela proposta, tais como: as regras da socioanálise, dispositivo socioanalítico, encomenda, demanda, implicação, analisador, entre outros.

Gostaria de enfatizar que, esse segundo momento de coleta de dados, foi concretizado, a partir das discussões realizadas durante o meu estágio de pesquisa (doutorado-sanduíche) realizado na França, no período de janeiro a agosto de 2005, junto a

alguns professores da Universidade de Paris 8, especificamente, Gilles Monceau e o orientador estrangeiro, o Professor Doutor Antoine Savoye.

Um desejo, que se tornou um desafio, pois nessas discussões, associadas às sugestões e ao incentivo da minha orientadora, a Professora Doutora Solange L'Abbate, vi a possibilidade de criar coletivamente um dispositivo para a pesquisa (coleta de dados), mas que ao mesmo tempo pudesse produzir um efeito de intervenção na organização estudada.

Deixo claro que essa pesquisa não pode ser considerada uma intervenção socioanalítica no sentido clássico, mas que teve como fio condutor alguns princípios operatórios do instrumental da socioanálise.

Nesse sentido, não propus realizar uma socioanálise clássica, mas sim construir um dispositivo que favorecesse a produção de um espaço de fala e de análise da prática profissional, focalizando o objeto de estudo. Com restrição de tempo, uma vez que seria construído, na perspectiva de uma pesquisa de doutorado, que tem um cronograma pré-estabelecido e que deve ser seguido.

Sendo assim, para desenvolver essa proposta considerei os dizeres de NEVES et al. (1987, p. 58) que desenvolveram um trabalho de intervenção numa escola pública localizada no Rio de Janeiro, pois fazem a seguinte citação:

no que se refere especificamente aos pontos abordados pela Análise Institucional como essenciais para caracterização da intervenção socioanalítica, a análise da demanda nos afastaria desse *enquadre*, na medida que a instituição em questão não nos formulou *a priori* a demanda da intervenção. Nesse caso, nosso grupo procurou a instituição oferecendo o trabalho e a partir daí é que a demanda institucional emergiu (...).

Portanto, nessa pesquisa em cena a encomenda inicial também não foi do Hospital das Clínicas-UFMG, mas minha, enquanto pesquisadora (com todas as minhas implicações) e que aos poucos foi se transformando em uma demanda do grupo- as enfermeiras do HC-UFMG convidadas. No meu entendimento, na medida em que elas responderam ao questionário, devolveram-no e, ainda, afirmaram sua disposição de

continuar discutindo o tema conflito, justificando suas respostas, isso caracterizou como uma demanda do grupo que, por diversas razões e implicações, também consideraram interessante discutir e analisar as situações de conflito vivenciadas pela enfermagem.

Nessa direção, perguntei explicitamente às enfermeiras se aceitavam o desafio de construir, coletivamente, um dispositivo de análise, tendo em vista a perspectiva dessa pesquisa. Enfatizei às integrantes do grupo que não era socioanalista clássica, mas uma pesquisadora que gostaria de ousar e descobrir coisas novas, experimentar, colocar a teoria em prática, pensando nos resultados dessa pesquisa, que poderiam subsidiar a elaboração de projetos futuros na área da enfermagem. Assim, ressalttei que, nesse trabalho, não haveria a negociação de pagamento pelo grupo-cliente, aliás, talvez eu não pudesse nem utilizar essa terminologia, pois os integrantes desse grupo tiveram um outro papel nesse momento, o de colaborador voluntário na pesquisa.

Diante das respostas afirmativas das enfermeiras, disse que, para a construção de um dispositivo de análise, direcionado para a pesquisa em foco, seria necessário nos aproximarmos de alguns princípios da socioanálise, por exemplo, o da auto-gestão do grupo. Então, como primeiro passo, iniciamos uma discussão visando delinear a dinâmica de funcionamento do trabalho proposto, encontrando um consenso na tentativa de definir coletivamente o número de encontros, os horários disponíveis, a duração, o local, o dia da semana, a frequência, entre outros elementos necessários para a construção desse dispositivo.

O cronograma da atividade proposta ficou definido da seguinte forma: quatro (04) encontros que aconteceriam nos dias: quatro (04), sete (07), onze (11) e dezoito (18) de outubro de 2005, com duração de duas (02) horas, iniciando às 10:00 horas e terminando às 12:00 horas, a serem realizados no Hospital das Clínicas.

Quadro 4- Cronograma dos encontros propostos para o segundo momento da pesquisa.
Hospital das Clínicas-UFMG. Belo Horizonte-MG. Setembro de 2003.

Nº encontro	Data	Dia da semana	Horário	Local
01	04/10/2005	3ª feira	10 às 12 h	8º Norte HC
02*	07/10/2005	6ª feira	10 às 12 h	Sala 611 Escola de Enfermagem
03	11/10/2005	3ª feira	10 às 12 h	8º Norte HC
04	18/10/2005	3ª feira	10 às 12 h	8º Norte HC

Discutimos também a possibilidade de convidar novamente as enfermeiras que não compareceram nesse primeiro encontro. As participantes ponderaram que talvez um grupo muito grande poderia dificultar o desenvolvimento dos trabalhos, mas que, por outro lado, um maior número de idéias e opiniões poderia tornar a discussão mais proveitosa, o que contribuiu para que todas as participantes concordassem em refazer o convite às enfermeiras ausentes naquele momento.

Conversamos ainda sobre a possibilidade da participação de um aluno de pós-graduação ou de graduação²⁸ no desenvolvimento das atividades e elas também concordaram com a presença desse aluno, considerando ser um espaço fértil para a aprendizagem e troca de experiência.

Para finalizar o encontro expliquei sobre a importância das questões éticas na pesquisa, deixando claro que as informações coletadas durante todo trabalho realizado seriam mantidas em sigilo absoluto e que seus nomes ficariam no anonimato, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em seguida solicitei que as integrantes do grupo lessem e se estivessem de acordo assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-02 (Anexo IX).

As enfermeiras fizeram uma breve avaliação do dia de trabalho expressando suas expectativas em relação aos próximos encontros.

* No dia 07 de outubro por não ter sala disponível no HC-UFMG, agendei uma sala na Escola de Enfermagem.

²⁸ Convidei uma aluna do 4º período para participar de forma voluntária na operacionalização do projeto de tese. Ela participou de dois (02) encontros, nos dias 07 e 11 de outubro, auxiliando nas gravações, provimento do material didático, organização do local, entre outras tarefas. Num segundo momento ela contribuiu na transcrição das fitas- cassetes em que foram registradas as informações obtidas durante os encontros propostos.

4.2.2.2- O dispositivo de análise: relato da sua operacionalização

2º Encontro

Data: 04/10/2005

Horário de início: 10 horas

Horário de término: 12:00 horas

Local: sala de aula do 8º Norte do HC-UFMG

Número de participantes: seis (06) enfermeiras e a coordenadora

Programação:

10:00 às 10:15 h- Café da manhã

10:15 às 10:30 h- Restituição do 1º encontro

10:30 às 11:45 h- Explicitação da demanda socioanalítica na pesquisa intervenção

11:45 às 12:00 h- Avaliação da atividade

Nesse encontro não compareceu nenhuma das enfermeiras que foram convidadas novamente para participarem da atividade proposta. Então, estiveram presentes as seis (06) integrantes que compuseram o grupo no encontro anterior.

Para iniciar as atividades nesse dia, convidei uma das enfermeiras para fazer a restituição do primeiro encontro, ou seja, relatar sinteticamente o que aconteceu no dia 27/09/2005, a fim de reforçar o contrato estabelecido e resgatar alguns pontos discutidos, por exemplo, a questão da demanda da pesquisadora e do grupo de enfermeiras.

Perguntei para elas como tinha sido construírem, coletivamente, um dispositivo de análise para discutir um tema de pesquisa que, inicialmente, tinha sido uma demanda minha, enquanto pesquisadora. Essa questão teve o objetivo de explicitar a demanda desse grupo (e aqui me incluo como pesquisadora) em relação ao trabalho proposto.

Sendo assim, esse segundo encontro teve como objetivo principal: explicitar coletivamente a demanda do grupo relacionada a essa pesquisa-intervenção. Com a finalidade de alcançarmos esse objetivo, apresentei os seguintes pontos para discussão: motivos que levaram as enfermeiras participarem dessa pesquisa (respondendo ao questionário e aceitando continuar no segundo momento de coleta de dados), importância de participarem como sujeitos dessa investigação, opiniões sobre sua participação na construção de um dispositivo socioanalítico, com o objetivo de analisar e refletir sua prática profissional, expectativas em relação a esse trabalho e ao resultado final da pesquisa, avaliação do dia de trabalho.

Para disparar esse processo relacionado à explicitação e análise da demanda socioanalítica, direcionada para essa pesquisa de doutorado, utilizei uma dinâmica intitulada: 'De volta ao passado, não esquecendo do presente'. Tal atividade teve por objetivo fazer a restituição da última pergunta do questionário aplicado em 2003, a qual dizia respeito à participação ou não no segundo momento de coleta de dados, apresentando a justificativa.

A dinâmica teve início com uma questão: vocês se lembram da resposta que deram, naquela época, em 2003, relacionada à última pergunta do questionário?

Solicitei que fizessem um momento de silêncio para buscarem na memória o momento em que tinham respondido o questionário, no ano de 2003, pensando nos seguintes pontos: porque elas responderam o questionário e o que esperavam com aquele trabalho de pesquisa.

Pedi para que escrevessem a resposta em um papel, que foi distribuído, contendo a última pergunta do questionário. Logo após, entreguei o questionário respondido em 2003, para que elas comparassem suas respostas, isto é, aquela emitida em 2003 e a de 2005, verificando se tinham o mesmo significado e conteúdo, ou se haviam mudado a resposta e porque. Em seguida, todas as participantes leram, coletivamente, as respostas emitidas.

Perguntei, ainda, se antes de responderem o questionário em 2003, em algum momento, elas já tinham pensado em discutir esse tema- relações de conflito da equipe de enfermagem- e se existia alguma questão em relação à pesquisa e ao seu objeto de estudo que elas gostariam de explicitar e trazer para o grupo analisar.

Durante a discussão ficou claro que as participantes entenderam que discutir as relações de conflito da equipe de enfermagem também era uma demanda delas e não só da pesquisadora. Por isso, estavam ali constituindo aquele grupo de trabalho. Relataram que por diversos motivos estavam implicadas com aquele projeto de tese e com a pesquisadora.

Finalizando essa manhã de trabalho, cada enfermeira fez a avaliação dizendo em uma palavra o que representou a atividade nesse dia.

3º Encontro

Data: 07/10/2005

Horário de início: 10 horas

Horário de término: 12:00

Local: sala de aula 611 da Escola de Enfermagem-UFMG

Número de participantes: cinco (05) enfermeiras, uma (01) aluna e a coordenadora

Programação:

10:00 - Café da manhã

10:00 às 11:45 h- Discussão sobre conflito: concepção, natureza e causas.

11:45 às 12:00 h- Avaliação do dia de trabalho.

Esse encontro teve os seguintes objetivos: analisar as diferentes percepções de conflito das enfermeiras participantes, os tipos de conflitos mais comuns e as diferentes causas que geram situações conflituosas, bem como avaliar o dia de trabalho.

Apresentei os seguintes pontos para serem discutidos: concepção de conflito e a visão das enfermeiras, tipo mais comuns de conflitos que surgem no cotidiano de trabalho, principais causas que geram situações conflituosas e suas conseqüências para o trabalho em saúde, avaliação do dia de trabalho.

Para começar a discussão relacionada ao tema em foco utilizei uma dinâmica intitulada: ‘Colocando em cena os conflitos do cotidiano’, na qual solicitei que cada enfermeira relatasse uma situação de conflito vivenciada por ela ou pela equipe de enfermagem. Essa atividade foi inspirada nos ‘contadores de caso’, personagens bastante conhecidos na cultura mineira e em outras regiões do país. Todas as enfermeiras descreveram um caso, exceto uma que achou desnecessária a sua contribuição naquele momento.

Em seguida, cada participante escolheu a situação que foi mais significativa para ela e, posteriormente, de acordo com o consenso de todas, escolheram aquela que foi mais significativa para o grupo.

Tratava-se de uma situação (Anexo X) que envolvia uma médica, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem que se recusou a admitir uma paciente para a internação, pois ela era parente da médica e a funcionária já tinha vivenciado um conflito com essa profissional. O grupo justificou essa escolha dizendo que os conflitos de autoridade entre o enfermeiro e os demais membros da equipe eram muito comuns no cotidiano de trabalho.

O caso escolhido seria analisado somente no próximo encontro, pois precisava ser digitado e fazer as fotocópias. Então, para dar continuidade à dinâmica, fiz duas perguntas ao grupo, com o intuito de preparar e aquecer as discussões em relação ao tema em foco. Perguntei: o que é conflito para vocês? E, de acordo com a sua experiência e vivência profissionais, quais os tipos de situações de conflito que a enfermagem mais vivencia aqui no hospital?

A discussão possibilitou identificar a visão que as enfermeiras têm do conflito, além de propiciar abertura para que uma delas relatasse uma situação conflituosa vivenciada entre a Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem e a equipe de enfermagem do

seu setor de trabalho. Esse fato foi importante, pois tanto a referida enfermeira conseguiu falar abertamente sobre o problema diante das coordenadoras técnicas assistenciais, que fazem parte do grupo de dirigentes do Serviço de Enfermagem, quanto uma dessas chefes conseguiu expressar a sua preocupação com essa enfermeira, que de certa forma fez um desabafo para o grupo.

4º Encontro

Data: 11/10/2005

Horário de início: 10 horas

Horário de término: 12:00 horas

Local: 8º Norte do HC-UFMG

Número de participantes: quatro (04) enfermeiras²⁹, uma (01) aluna e a coordenadora

Programação:

10:00 - Café da manhã

10:00 às 10:30 h- Restituição do 3º encontro- 07/10/2005.

10:30 às 12:00 h- Discussão sobre as relações de conflito no ambiente de trabalho: como lidar com situações dessa natureza.

Nesse encontro, convidei uma das integrantes do grupo para relatar, sinteticamente, o que aconteceu no dia 07/10/2005. Achei importante fazer essa restituição, pois, quase no final desse último encontro foi relatada uma situação de conflito que envolvia uma enfermeira e uma das coordenadoras técnicas assistenciais e não tivemos tempo suficiente para aprofundar essa discussão. Tive a impressão de que ficou um certo desconforto no grupo e fomos embora como se tivéssemos uma ‘feridinha’, mas que não podíamos mexer para não se tornar uma ferida maior.

²⁹ As ausências que ocorreram nos dias sete (07) e onze (11) de outubro foram justificadas, pois uma enfermeira estava de férias e a outra tinha compromissos pessoais.

A princípio pensei em não fazer essa restituição, pois estaria me desviando dos objetivos da pesquisa. Mas, depois refleti melhor e analisei que tratava-se de uma situação de conflito e que, se estávamos nos propondo a discutir essas situações de forma clara e coletiva, era preciso retomar esse ponto.

Recorri à literatura para buscar o significado da palavra intervenção e do verbo intervir, para subsidiar essa minha preocupação, pois desde o início desse projeto, tive o desejo de realizar uma pesquisa-intervenção. Portanto, acreditava que era preciso trabalhar de maneira aprofundada as questões que estavam surgindo no grupo.

Em relação ao verbo intervir, L'ABBATE (2005, p. 236) destaca que “ver é o infinitivo do verbo ver e vir o futuro do subjuntivo do mesmo verbo”. Portanto, a autora trás a noção da palavra intervenção como:

“intervir- vir entre, lembrando que se vir é tempo do verbo ver, espera-se da terceira pessoa que vai intervir, uma visão mais fina e apurada da situação do grupo”.

Outro conceito que considero importante para essa reflexão é o de ruído apresentado por MERHY (1997 b). O autor menciona que é preciso identificar as situações de ruído no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de analisar a dinâmica do processo de trabalho, idealizando possíveis intervenções e aqui eu acrescento realizando possíveis intervenções.

Diante de tais aportes teóricos, considerei importante retomar, nesse encontro, algumas questões abordadas no dia 07/10/2005, tendo em vista que o dispositivo de análise é considerado um espaço de fala e de escuta dos ruídos do cotidiano, criando assim, processos instituintes que permitam romper com o instituído que está duramente cristalizado nas organizações. Ele permite enfrentar a situação, dando oportunidade para que todos possam se expressar e fazer análises de forma coletiva.

Terminado esse momento de restituição, apresentei ao grupo os seguintes objetivos: analisar as diferentes causas que geram situações conflituosas e suas conseqüências, bem como analisar como as enfermeiras lidam com as situações de conflito no cotidiano, levantando facilidades e dificuldades para lidar com essas situações.

Assim, os pontos para serem discutidos nessa reunião foram: principais causas que geram situações conflituosas e suas conseqüências para o trabalho em saúde, formas de lidar com o conflito, facilidades e dificuldades encontradas ao lidar com situações conflituosas.

Com o intuito de motivar a discussão sobre os pontos apresentados, propus uma dinâmica intitulada: ‘Analisando um conflito em cena’, onde foi distribuída para as participantes a situação descrita e escolhida no encontro anterior que foi lida por uma das integrantes em voz alta para o grupo todo.

Após a leitura, apresentei o instrumento que CECILIO (2002) denominou de matriz para análise de conflito, e que fiz uma adaptação (Anexo XI) para ser utilizado na análise da situação descrita. Neste momento realizei um jogo de perguntas entre a situação específica e situações de conflito vivenciadas de modo geral no Hospital das Clínicas-UFMG. Desse modo, tínhamos como fio condutor as seguintes questões³⁰:

- quais eram as pessoas envolvidas na situação descrita?
- de acordo com a sua experiência e vivência profissionais, quais são os tipos de conflitos que a enfermagem mais vivencia aqui no hospital?
- porque aconteceu o conflito na situação escolhida?
- para vocês quais os principais fatores que geram as situações de conflito vivenciadas pela enfermagem aqui no hospital?
- quais as conseqüências decorrentes da situação de conflito apresentada?
- de modo geral quais as conseqüências que são decorrentes das situações de conflito vivenciadas pela enfermagem no hospital?
- como as enfermeiras lidaram com a situação descrita?

³⁰ As perguntas grifadas são relativas à situação específica descrita por uma das enfermeiras e escolhida pelo grupo para ser analisada posteriormente, e as perguntas que não estão grifadas dizem respeito às situações de conflito vivenciadas, de modo geral, pela equipe de enfermagem no HC-UFMG.

- de modo geral como o enfermeiro lida atualmente com os conflitos no ambiente de trabalho?
- aponte facilidades e dificuldades para lidar com a situação de conflito escolhida.
- de modo geral quais as facilidades e as dificuldades que o enfermeiro encontra para lidar com conflito?
- apontem novas possibilidades que as enfermeiras poderiam encontrar para lidar com a situação de conflito.
- para vocês o que seriam novas possibilidades de se lidar com o conflito?

Nesse encontro não tivemos tempo suficiente para esgotarmos a discussão, por isso encerramos o trabalho para retomarmos as atividades no próximo encontro, que seria o último proposto pelo grupo.

5º Encontro

Data: 18/10/2005

Horário de início: 09 horas

Horário de término: 12:30 horas

Local: 8º Norte do HC-UFMG

Número de participantes: seis (06) enfermeiras e a coordenadora

Programação:

09:00 - Café da manhã

09:00 às 10:30 h- Continuação da discussão sobre as relações de conflito no ambiente de trabalho: como lidar com situações dessa natureza.

10:30 às 12:00 h- Síntese dos principais pontos vivenciados pelo grupo e avaliação do trabalho

Nesse último encontro tínhamos o objetivo de continuar a atividade do encontro passado, onde estávamos analisando, conjuntamente, uma situação de conflito relatada por uma das integrantes do grupo. Além disso, tinha a finalidade de realizar uma síntese dos principais pontos vivenciados no trabalho e fazer uma avaliação final.

Ressalto que nesse dia, duas (02) integrantes do grupo estavam de férias, mas, mesmo assim fizeram questão de comparecer nesse momento de síntese e avaliação do trabalho.

Retomando a atividade iniciada no encontro anterior, as enfermeiras terminaram de analisar a situação específica utilizando a matriz para análise de conflitos e expuseram várias questões polêmicas e interessantes que permitiram aprofundar a análise das situações de conflito vivenciadas cotidianamente pela equipe de enfermagem no HC-UFGM, evidenciando potentes elementos que desencadeiam essas situações, tais como: as relações de poder entre os profissionais, o autoritarismo das chefias, as regras que são quebradas para atender a uma minoria, os pactos realizados, as agressões físicas e morais, elementos do processo de trabalho, o modelo de gerência implantado, entre outros.

Visando realizar uma avaliação geral do trabalho, perguntei às enfermeiras: pensando desde o primeiro encontro, até hoje, como foi esse trabalho para vocês?

As enfermeiras apontaram vários aspectos positivos em relação às atividades desenvolvidas e, posteriormente, realizei uma breve síntese do que foi esse trabalho para mim e os principais pontos que me chamaram à atenção.

Antes de finalizar expliquei que na pesquisa qualitativa, geralmente, utilizam-se trechos das falas dos participantes para exemplificar os resultados obtidos na análise dos dados. Assim, solicitei que as enfermeiras escolhessem uma forma de se identificarem na pesquisa. Elas escolheram elementos da natureza como pseudônimos, apresentados a seguir: Pérola, Arco-Íris, Águia, Esmeralda, Orquídea e Terra.

Finalizando, agradeço a disponibilidade de todas e a coragem, bem como o desejo de enfrentarem junto comigo aquele desafio- construir coletivamente um dispositivo de análise, tendo em vista que só com a participação ativa dessas enfermeiras (co-autoras)³¹ pude concretizar esse segundo momento de coleta de dados, possibilitando um maior aprofundamento da análise do objeto de estudo, cujos resultados são apresentados a seguir.

³¹ Considero que as seis (06) enfermeiras que participaram dessa fase da pesquisa são co-autoras dessa etapa do trabalho, pois construímos, coletivamente, o dispositivo de análise utilizado nesse estudo como instrumento de coleta de dados e espaço privilegiado para se analisar e refletir a prática profissional, focalizando nesse momento as situações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem do HC-UFMG.

**5- ANALISANDO A CENA
DESSA HISTÓRIA**
Um olhar a partir do
dispositivo socioanalítico

Pensando na imagem do tear que possui os fios fixos, formando uma base de sustentação, nesse estudo, caracterizados pelo fios teóricos: o da gestão, o da gestão em saúde e o da análise institucional, esses foram essenciais para que a tecelã (pesquisadora) pudesse tecer sua própria trama, entrelaçando agora fios soltos que foram encontrados durante as reuniões com as enfermeiras do HC-UFMG. Fios soltos, representados pelas palavras-chave: demanda, conflito e dispositivo, que saltaram aos olhos da tecelã, desde os primeiros contatos, que teve com o material (transcrição das fitas) obtido para dar cor e forma à trama a ser confeccionada. Nesse momento a criatividade e o rigor foram fundamentais para esse trabalho.

A técnica escolhida para realizar a organização dos dados apreendidos, permitindo compreender e analisar a realidade social estudada foi ‘artesanal’, aproximando-se da técnica do recorta e cola descrita por POPE et al (2005); LUDKE e ANDRÉ (1986), utilizada na pesquisa qualitativa, para selecionar dados e agrupá-los, em temas parecidos ou relacionados, considerando as convergências e as divergências encontradas no material pesquisado.

Esse trabalho manual, mesmo sendo um processo mais trabalhoso e demorado, foi de extrema importância para que a pesquisadora-tecelã- pudesse se apropriar, paulatinamente, dos dados coletados no segundo momento da pesquisa, familiarizando-se cada vez mais com as informações obtidas, a fim de encontrar as categorias de análise.

Nessa etapa da pesquisa realizei um trabalho metódico, mas não esqueci de preservar a minha liberdade criativa. Desse modo, organizei os dados coletados, considerando as seguintes etapas:

1. transcrição das fitas gravadas em cada encontro realizado com as enfermeiras pesquisadas, sendo que a primeira versão foi feita por uma aluna da graduação;
2. escuta das gravações, repetidas vezes, para fazer as correções necessárias dos erros e das falhas que porventura ainda ficaram no material já transcrito;

3. fotocópia do material, com a finalidade de realizar dois tipos de leitura: uma vertical e uma horizontal, considerando a globalidade dos dados apreendidos;
4. leitura vertical, procurando agrupar as informações fornecidas por cada enfermeira, pois tive necessidade de conhecer a linha de raciocínio e o conteúdo global do pensamento de cada uma. Nesse processo de diversas leituras fui destacando expressões ou frases que chamaram a atenção e agrupando, posteriormente, por conteúdos temáticos;
5. leitura horizontal, onde pude ler e reler o material bruto várias vezes, o que me permitiu identificar três conceitos-chave relacionados ao objeto de estudo: demanda, conflito e dispositivo. Nessas leituras sublinhei trechos e frases significativas, que foram me chamando à atenção, além de codificá-los, pois, lateralmente realizava anotações que, à primeira vista, constituíam temas, relacionados às palavras-chave encontradas;
6. organização das categorias temáticas: aqui recortei os trechos e frases sublinhadas na etapa anterior, colando e agrupando aqueles que eram semelhantes, não esquecendo de destacar as informações divergentes. Nessa etapa de conformação das categorias fui complementando com os conteúdos temáticos encontrados na leitura vertical, procurando encontrar as devidas relações entre os dois materiais;
7. construção de um único material, de onde originaram os eixos temáticos e sub-temas, que foram analisados, considerando as implicações da pesquisadora, sua criatividade, rigor científico e posicionamento dos teóricos que tratam do objeto de estudo em foco.

O trabalho de leituras e reflexões, associado ao trabalho artesanal de categorização e organização dos dados coletados, permitiram identificar três eixos temáticos e seus respectivos sub-temas.

O primeiro eixo temático está relacionado à demanda da pesquisadora e do grupo de enfermeiras convidadas, destacando as implicações dos sujeitos da pesquisa com a temática investigada e com a pesquisadora.

O segundo eixo trata especificamente do objeto de estudo, evidenciando a visão de conflito das enfermeiras, os tipos de conflitos mais comuns vivenciados pela equipe de enfermagem, causas e conseqüências das relações conflituosas, estratégias utilizadas pelas enfermeiras, bem como facilidades e dificuldades para lidarem com situações de conflito.

O terceiro eixo evidencia que o próprio dispositivo socioanalítico se constituiu como um analisador das relações de trabalho, uma vez que possibilitou aos membros do grupo pesquisado explicitar suas implicações e analisar as transversalidades, em busca de tornar-se grupo-sujeito e não sujeito no processo de trabalho em saúde. Além disso, mostra que a organização hospitalar é atravessada pelas instituições medicina e enfermagem, explicitando o movimento dialético entre os instituídos e os instituintes presentes no cotidiano e a conformação da trama das relações que se forma no dia-a-dia, permeada pelo poder, pelos interesses, conchavos, resistências e implicações, fatores desencadeantes de situações conflituosas, que estão relacionados, direta ou indiretamente, à micropolítica dos setores e à macropolítica hospitalar.

A seguir apresentei cada eixo temático e seus respectivos sub-temas, que foram exemplificados por trechos e frases extraídas dos discursos dos sujeitos da pesquisa, sendo identificados pelos seguintes elementos da natureza: Pérola, Arco-Íris, Águia, Esmeralda, Orquídea e Terra, pseudônimos escolhidos pelas enfermeiras que constituíram o dispositivo de análise.

5.1- Da demanda da pesquisadora à demanda do ‘grupo sujeito’ da pesquisa

A teoria da análise institucional descreve que, na socioanálise clássica, o socioanalista constrói um dispositivo como espaço de análise e reflexão das relações sociais, sendo um método de intervenção no contexto institucional, baseado nas seguintes regras socioanalíticas: análise da encomenda e da demanda, autogestão da intervenção, regra do “tudo dizer”, elucidação das transversalidades, elaboração da contra-transferência institucional e dos analisadores.

Tendo em vista essa teorização, inicialmente, fiquei em dúvida se poderia utilizar ou não o dispositivo socioanalítico, como espaço de análise e reflexão da prática profissional, direcionado para essa pesquisa de doutorado, utilizado-o inclusive como instrumento de coleta de dados, pois não tinha uma encomenda do hospital em estudo e a demanda inicial era da pesquisadora, como disse anteriormente.

Mas, o desejo e o desafio foram maiores e resolvi experimentar esse método que tanto me instigava, pois via a possibilidade de produzir um certo efeito de intervenção na organização em estudo. O que me chamou a atenção nesse método de intervenção foi a possibilidade de poder falar de forma clara, escutar os ruídos institucionais e analisar, coletivamente, a prática profissional e as relações de trabalho.

Nesse sentido, minha motivação para ousar e experimentar coisas novas (pelo menos para mim), associada às discussões com a minha orientadora, com o orientador estrangeiro e os professores da Universidade de Paris 8, me deram segurança e com certeza foram a base de sustentação para que eu pudesse construir coletivamente o dispositivo de análise, mesmo que esse trabalho não tenha seguido à risca as regras socioanalíticas.

A leitura da última pergunta do questionário já indicava que a demanda para discutir o objeto de estudo não era só minha, pois em 2003, dezoito (18) enfermeiras responderam que gostariam de participar do segundo momento da pesquisa, por entenderem que as situações de conflito são vivenciadas cotidianamente pela equipe de enfermagem e, por isso, devem ser analisadas cuidadosamente.

As respostas afirmativas do questionário e a presença das seis enfermeiras no primeiro encontro me mostraram que existia uma demanda de um grupo a ser pesquisado, mas que precisava ser explicitada ao constituir o dispositivo de análise, a fim de compreendermos (pesquisadora e pesquisados) o verdadeiro sentido da pesquisa-intervenção e o nosso papel nesse trabalho. Para isso, no segundo encontro, utilizei uma dinâmica com o objetivo de explicitar a demanda de análise, que estava direcionada para a pesquisa em foco.

As respostas obtidas mostraram que o questionário, de certa forma serviu como um disparador inicial, para a elaboração dessa demanda de análise por parte do grupo, pois algumas enfermeiras antes de respondê-lo não tinham parado para pensar nesse tema que, segundo elas, é inerente às relações de trabalho.

“Eu propriamente não pensei de estar discutindo (sobre conflito), às vezes, você até comenta com algum colega que formou com você, alguma coisa: ‘ah, no meu setor é assim’, mas específico, igual esta sendo aqui, não” (Terra).

“Eu também, de forma sistematizada, de pensar como resolver, não. Parar para pensar se eu vou fazer desse ou aquele jeito, não” (Arco-Íris).

As enfermeiras discordaram que nesse trabalho houve somente uma demanda da pesquisadora, elas se posicionam nessa pesquisa como sujeitos implicados com o objeto de estudo, visto que a temática das relações de conflito é freqüente no contexto organizacional e faz parte da natureza do trabalho do enfermeiro, necessitando ser constantemente analisada por esse profissional e pela equipe.

“Eu discordo um pouquinho de você, Carla, quando você fala que é uma demanda da pesquisadora, porque na realidade quando eu respondi aquele questionário onde eu me dispus a participar de uma possível segunda etapa da pesquisa é porque o tema, ele foi para mim interessante, discutir situações de conflito. Então, isso me chamou a atenção. Eu vou te falar com sinceridade, dependendo do tema que você tivesse trabalhando eu não estaria aqui, porque para mim não era um tema que nesse momento eu estaria interessada em discutir. Para mim estar aqui não é só uma demanda da pesquisadora, é um questionamento meu, enquanto enfermeira dessa instituição, com uma

profissão que trabalha e vivencia relações de conflito o tempo todo” (Orquídea).

“Eu discordo quando você coloca que a demanda é sua (da pesquisadora). Porque, isso também me incomoda, conflito é uma coisa que me incomoda na enfermagem, no meu trabalho, por isso, também que eu estou aqui, para querer aprender como é que a gente lida... não é aprender, porque nós não estamos aqui para aprender como é que lida com os conflitos, me expressei mal. Saber como que as pessoas vivenciam os conflitos no seu trabalho e o que elas fazem para estar diminuindo esses conflitos. É um tanto de conflito que normalmente a gente vive no dia-a-dia que eu acho muito bom a gente sentar e discutir sobre conflito, mesmo que não vá surgir fórmula mágica, mas discutir que eles existem e de pontos de vistas diferentes” (Esmeralda).

“Na verdade o que eu entendi foi o que a Esmeralda compreendeu, mas eu tenho que acrescentar o seguinte: teve uma primeira fase da pesquisa, você nos convidou, distribuiu o questionário, a gente se interessou para responder esse questionário e nós nos interessamos em participar da segunda fase também, uma questão que nos interessa por estarmos envolvidas demais e a gente estar no Hospital das Clínicas há muito tempo (...)” (Pérola).

“Eu acho que vi como uma oportunidade. O projeto é seu, mas, é minha a oportunidade de estar discutindo uma coisa que faz parte do meu dia-a-dia, que são os conflitos. Eu não sei, não posso falar de outras profissões, mas na enfermagem tem essa coisa do enfermeiro achar que ele é dono, que ele tem que resolver tudo. Eu acho que tem

muito a ver com o fato de 24 horas por dia, ele tem que estar respondendo, o que acontece no hospital com o doente. Então, talvez seja uma profissão que realmente vive muito essa questão do conflito por ter que responder por 24 horas de assistência e o enfermeiro, ele faz parte de uma categoria profissional que tem três divisões, você tem o auxiliar, o técnico e o enfermeiro, isso também acho que é fator de conflito” (Arco- Íris).

De acordo com HESS e AUTHIER (1994), é difícil conceber uma intervenção socioanalítica sem que haja a formulação de uma demanda por parte do grupo-cliente. E mais, para que esse trabalho de intervenção aconteça é necessário que tenha um acordo antecipado entre essa demanda e a oferta do socioanalista (HESS, 1975). Para o autor essa oferta também é considerada uma forma de demanda.

A citação de Hess vem corroborar, de certa forma, o trabalho que foi desenvolvido no segundo momento desse estudo. Mas, como não estou realizando uma socioanálise clássica, fiz nessa pesquisa um processo praticamente inverso. A demanda formal inicialmente era da pesquisadora e não do grupo e tive o cuidado de utilizar estratégias para que os seus integrantes pudessem elaborar e analisar suas demandas em relação à essa pesquisa. Aqui a ação de elaborar é no sentido de tomar consciência do que estamos fazendo, de compreender que pesquisa é essa e qual é a participação de cada um.

Neste sentido, as enfermeiras expressaram, o porquê responderam **sim** no questionário e porque optaram por construir o dispositivo de análise. Viram nesse trabalho, a possibilidade de fala e de escuta, de poder se expressar abertamente, de forma clara e verdadeira. Além disso, buscaram compreender melhor as relações de conflito, bem como lidar com essa temática tão complexa e tão presente no cotidiano da enfermagem, por meio de trocas de experiência a partir de uma vivência grupal.

“Eu respondi sim (no questionário) para melhor compreender, aprender, conhecer os conflitos vivenciados por outros profissionais, suas opiniões, formas de pensar

e agir diante dessas situações, sendo uma forma de auxiliar a lidar com conflitos que porventura vão surgir, que surgem praticamente todos os dias em nosso trabalho. Para ter a visão de outros profissionais, ver que não sou só eu que passo isso, é claro que não, mas a gente reflete diante do seu próprio problema e vê que não é tão grande, pode ser solucionado, pois a Pérola vem aqui conta um problema, um conflito que teve e: ‘nossa como eu faria?’ E ela conseguiu solucionar, isso me ajuda, me dá oportunidade de que eu venha ter uma posição semelhante de estar solucionando esse conflito (Terra).

“(...) talvez o interesse de participar desse grupo é exatamente para isso, que eu quero ver como que as outras pessoas também lidam com o conflito (...) se ajuda a construir uma outra forma de trabalho. (...) então seria para aprender com as outras pessoas que tem a mesma profissão a lidar com situações de conflito, principalmente, nessa instituição, porque a gente vive diariamente situações de conflitos pessoais e profissionais (...)” (Águia).

“Qual é o motivo da minha participação? Eu vim para trabalhar essas questões (de conflito) de uma forma mais verdadeira. Mesmo que o conflito se instale e as pessoas lavem roupa suja numa reunião ou onde quer que seja, mas, que as pessoas sejam verdadeiras naquilo que colocam em relação ao seu colega de trabalho” (Pérola).

“(...) eu sou suspeita para falar, porque realmente, eu acho que é legal trabalhar em grupo, e principalmente quando se trata de conflito, ai tem que ser junto mesmo para se trabalhar. Eu respondi **sim** (no questionário) por

ser uma oportunidade de discutir com outros enfermeiros uma questão que faz parte do cotidiano da enfermagem (Arco- Íris).

“(...) as atividades diárias desenvolvidas pelo enfermeiro ainda são muito conflituosas e não tem nenhum manual de como lidar com essas situações de conflito sem gerar mais conflitos ou se indispor com um colega, com a equipe” (Esmeralda).

Apesar de algumas enfermeiras terem esquecido que responderam ao questionário em 2003, ou no segundo momento da pesquisa, inicialmente, apresentaram resistência para discutir temas relacionados à situações de conflito, percebi que a maioria tinha expectativa e esperança de ter um retorno sobre sua participação nessa etapa do estudo.

“(...) eu já tinha esquecido aquele questionário (...) o que eu esperava, para te falar francamente, talvez na época eu tenha tido realmente a esperança de estar tendo retorno, de estar participando, de estar discutindo em cima do que eu respondi, de estar tendo essa oportunidade” (Arco-Íris).

“Eu esperava que isso fosse dar retorno de como a gente poderia estar trabalhando isso, de como isso iria retornar. No primeiro momento eu até pensei assim: ‘acho que isso não vai chegar’. Eu cheguei a pensar: ‘não sei se isso retorna’, por experiências passadas. E eu fiquei muito surpresa, quando eu recebi seu comunicado, novamente nos convidando para estar participando desse segundo momento da pesquisa, achei uma coisa boa, lembrou, voltou, está dando seqüência. Eu me senti muito honrada de estar voltando a participar nesse momento seu, na pesquisa” (Esmeralda).

“(...) quando você (a pesquisadora) voltou para me convidar para esse trabalho eu pensei: ‘meu Deus porque que eu fui responder sim naquele questionário?’, a minha vontade foi de dizer não para você, porque você não me pegou num momento bom. Você me pegou exatamente num momento ruim. Ai eu fui conversar com você, mas a única coisa que eu tinha vontade de dizer foi: ‘olha, eu mudei de idéia, não quero saber de mais nada’. Mas, depois eu fui para casa e pensei um pouco e também em respeito a você mesmo, eu decidi participar. Eu falo claramente para vocês: ‘o primeiro dia que eu vim, eu não estava com a menor vontade de vir, pois estava vivendo uma situação de conflito que me deixou sem vontade de estar discutindo justamente o assunto, eu acho que ficou uma situação difícil, mas, considero também que isso foi uma coisa superada. E quando eu respondi o questionário eu esperava sim que eu tivesse um retorno ou tinha pelo menos a esperança de que eu tivesse um retorno” (Orquídea).

As enfermeiras apresentaram o desejo de participar das pesquisas de forma efetiva, tendo em vista, principalmente, a sua experiência profissional, a fim de contribuir com a construção do conhecimento na enfermagem. Questionaram claramente o retorno dos resultados das pesquisas desenvolvidas, no HC-UFG, por docentes da Escola de Enfermagem-UFG e a sua forma sujeitada de participação nesses estudos científicos.

Começam aqui a expressar suas aspirações para se tornarem ‘grupo-sujeito’ nas pesquisas, buscando serem parceiras no processo de integração, ensino, pesquisa e assistência, deixando de agir como sujeitos passivos e ser meros objeto de observação dos pesquisadores.

“Eu acho também, Carla, que tem um pouco da falta de envolvimento da Escola no retorno das pesquisas pra gente. Eu já participei, essa é a segunda pesquisa que eu estou participando e da primeira não tive retorno do que a autora do trabalho fez. Porque foi assim, eu fui em reuniões, encontros e não tive... se eu me interessei eu fui lá e li a tese. Mas, assim, da pessoa chegar, eu sei que a pessoa não vai chegar em cada um, eu até entendo a dinâmica, mas da mesma maneira que conseguiu reunir (...) é o que eu percebo da Escola quanto ao retorno dessas participações e pouco nos traz de retorno. Então, você acaba falando: ‘eu sou mais um’, ou então as próprias pesquisas elas são feitas desde o início com um posicionamento de observador, na maioria das pesquisas o autor vem como observador e não convida tanto as pessoas no campo de trabalho, que está na dinâmica do trabalho” (Esmeralda).

“(...) Eu pelo menos foi a primeira vez que eu fui convidada a participar (de projeto de pesquisa). Eu já fui convidada a fazer o projeto, mas participar, isso não. Até mesmo os temas que a gente acompanha da Escola, vários não são temas que englobam grupos de trabalhadores, são grupos de paciente normalmente, eu acho que tem pouco espaço para trabalhar o lado profissional. Então, eu acho que está faltando isso também da gente estar participando junto aos professores, junto dessas pessoas que estão fazendo mestrado e doutorado, a gente também não está acostumada com isso. Talvez num segundo trabalho outras pessoas se interessem e participem mais” (Águia).

“Eu acho que a Escola de Enfermagem ela se insere muito pouco no hospital e eu sinto muita falta disso. E com relação ao que a Águia colocou que a maioria dos trabalhos é voltada para o paciente, mesmo nesse caso, aliás, nesse caso mais ainda, que a gente precisaria ter essas respostas, porque o nosso objeto de trabalho são os pacientes. Então, seria importantíssimo que processassem esse retorno, esses resultados para a gente, até para que formassem um grupo de discussão em cima desses resultados. Então, eu sinto muito essa falta da Escola aqui no hospital” (Arco-Íris).

Uma das enfermeiras salientou a sua experiência pontual de parceria com alguns docentes da Escola de Enfermagem, avaliando de forma positiva essa articulação docente-assistencial, apesar de também concordar que a referida escola sempre foi considerada muito ausente no processo de trabalho do HC-UFMG.

“Eu tive uma experiência muito boa lá no meu setor, que foi com o professor que trabalhava com hanseníase, que na verdade participou junto com os enfermeiros dentro do Hospital das Clínicas, no programa de hanseníase. Foi uma experiência muito boa (...) eu acho que nesse momento eu tive uma experiência positiva com a Escola, onde os professores davam esse retorno que as pessoas estão colocando aqui (...) a Escola não está tão presente agora, mas eu tive uma experiência positiva a qual foi cortada por alguns conflitos que aconteceram no setor e que nós não soubemos conduzir melhor essa questão” (Pérola).

O vínculo entre a Escola de Enfermagem e o Hospital das Clínicas-UFMG progressivamente tem se fortalecido nos últimos anos, uma vez que professores da referida escola têm participado de forma efetiva da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem³², assumindo o cargo de chefia, além de participarem de órgãos como, por exemplo: a Comissão de Estágio em Enfermagem.

A busca pela integração ensino, pesquisa e assistência³³, desejada tanto por parte de alguns docentes da EE-UFMG, quanto por enfermeiros do HC-UFMG, de certa forma retrata uma das finalidades que pretendia alcançar quando elaborei o último objetivo dessa investigação, pois parti do princípio de que ao propor aos enfermeiros do Hospital das Clínicas participarem da construção coletiva de um dispositivo socioanalítico, para analisar a prática profissional, poderia estar contribuindo com o fortalecimento desse tripé da articulação docente-assistencial.

Penso que esse fortalecimento do tripé docente-assistencial é potencializado quando o pesquisador utiliza a pesquisa-intervenção, uma vez que esse tipo de estudo considera os indivíduos pesquisados como sujeitos ativos do processo investigativo. É o pesquisador se imiscuindo ao ‘grupo- sujeito’ da pesquisa.

Nessa direção, BARROS (1994, p. 165) reafirma que “a pesquisa-intervenção, ou apenas a intervenção, como procedimento de aproximação com o campo, mostra-nos que ambos -pesquisador e pesquisados- se constituem no mesmo momento, no mesmo processo”.

³² Várias parcerias já foram realizadas entre a Escola de Enfermagem e o Hospital das Clínicas-UFMG para compor a diretoria do Serviço de Enfermagem desse hospital, tendo a presença de um docente e um enfermeiro mas, só a partir de 2004, com a aprovação do Regimento do hospital, é que se tornou obrigatório um docente da enfermagem ser o Chefe da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem e um enfermeiro ser o Vice-Chefe.

³³ É o tripé da articulação docente-assistencial, sendo uma das finalidades do Hospital Universitário. Segundo FRAGA “... a busca da harmonia entre as funções de ensino, pesquisa e assistência, chamando atenção para a necessidade destas instituições encontrarem equilíbrio, principalmente, entre os objetivos de ensino e as exigências de saúde da comunidade”, deve ser o ponto fundamental para a administração deste tipo de hospital. FRAGA, A. *apud* PEREIRA, M. S. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um Hospital Universitário**. Belo Horizonte: FACE-Fumec, 2004. p.20.

Segundo a mesma autora na pesquisa-intervenção

teoria e prática são práticas. Práticas que abandonam sua vontade de verdade e mergulham nas linhas que cartografam os movimentos dos fluxos. Seguem-nas em seus devires contagiantes que fazem ruir a separação sujeito-objeto (BARROS, 1994, p. 166).

Foi nessa perspectiva que propus a pesquisa-intervenção à Chefia de Enfermagem do HC-UFMG. Dessa forma, tive realmente parceiras nessa investigação, para pensar coletivamente o objeto de estudo, na tentativa de produzir algumas análises e reflexões sobre a prática profissional da enfermagem e construir conjuntamente o conhecimento na profissão, pensando sempre na articulação teoria-prática, prática-teoria.

“Eu acho muito boa essa questão de grupo, até falei isso quando você veio conversar comigo, porque quando eu respondo o questionário, alguém pergunta alguma coisa, entre aspas eu sou obrigada a responder, eu quero responder, mas, não é um querer de sentar e refletir. E mesmo que eu tiver tempo de sentar e refletir e disser minha resposta, quando eu vejo outras pessoas com a mesma preocupação, porque eu falando da mesma coisa, de repente aquilo que eu respondi pode muito reforçar e, realmente, me dá mais segurança no que eu estou pensando. Porque essa questão que você propõe não é uma questão só da gente pensar é uma questão da gente agir, é o agir do enfermeiro e na minha profissão eu sinto muito falta disso” (Arco-Íris).

Observei a aceitação das enfermeiras em relação à pesquisa-intervenção, desde o primeiro encontro. Elas têm necessidade de falar, escutar, pensar, analisar e refletir sobre seu agir profissional, pois parece que isso, no dia-a-dia da dinâmica do trabalho, é quase impossível. É como se o enfermeiro fosse insubstituível e uma máquina essencial que não pudesse ser desligada, porque senão corre-se o risco de parar o ‘processo de produção’ assistencial.

“(...) porque você tem que ver a cultura da sociedade que a gente vive nela, é a questão crítica, falta crítica. Eu tenho uma experiência de quando eu fui trabalhar no bloco cirúrgico, eu tomei um susto enorme de ver como que o bloco cirúrgico funciona. (...) porque eu cheguei entrei naquele corre-corre, fazendo coisas e de repente eu falei: ‘o que que é isso?’ Ai eu parei para prestar atenção nos conflitos que eu estava vivendo, porque eles aconteciam, qual a participação que eu estava tendo para aquilo acontecer, porque é muito fácil você apontar o dedo (...)” (Arco-Íris).

“(...) as pessoas acham que você não pode estar participando de outra coisa, que você tem que ficar ali o tempo inteiro, que você está à toa quando está numa reunião” (Pérola).

“Por isso, que o enfermeiro tem que ter senso crítico e de vez em quando ele tem que parar, ninguém vai morrer, gente! Ninguém vai morrer, porque o enfermeiro ficou duas horas numa reunião, se ele orientou bem o técnico, o auxiliar: ‘olha estou em tal lugar, liga para lá e me chama se houver alguma coisa’. Mas, o enfermeiro não da conta de fazer, de parar para pensar e programar o trabalho dele” (Arco-Íris).

Parar e discutir sobre a prática profissional da enfermagem, de forma coletiva possibilitou escutar os ruídos institucionais, o que fez uma das integrantes, que ocupa cargo de chefia, pensar sobre o processo de trabalho e rever condutas adotadas. Visando melhorar a organização e as relações de trabalho, essa coordenadora técnica assistencial expressiu a necessidade de discutir em reuniões do grupo dirigente do Serviço de Enfermagem, alguns dos problemas encontrados no cotidiano e que foram explicitados nos encontros grupais. E mais, foram escutados.

“(...) esse livro (de ocorrências administrativas da enfermagem) que você falou, foi muito bom você ter lembrado, eu até coloquei aqui para a gente discutir como ponto de pauta. (...) mas, foi bem colocado, na próxima reunião a gente pode ver isso com os coordenadores, pode ser uma pauta da reunião de coordenadores para a gente rever isso e tirá-lo (o livro de ocorrências que não estava sendo utilizado de forma correta)” (Arco-Íris).

“Eu acho que a gente está tendo a oportunidade hoje de fazer essa leitura (sobre a diferença entre setor aberto e fechado). Apesar da gente saber dessa diferença, eu acho que a partir de agora a gente vai ter mais cuidado quando for lidar com setor fechado” (Arco-Íris).

Segundo MERHY (1997 b, p. 135) “a possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde”.

Ainda nesse processo de explicitação da demanda do grupo em relação a essa pesquisa, as enfermeiras revelaram outras intenções para estarem desde o início participando desse estudo. Nos discursos apreendidos, o que me chamou à atenção, foi o fato de as integrantes manifestarem suas implicações afetivas e profissionais relacionadas à pesquisadora.

“Eu respondi o questionário muito em cima do trabalho da professora Carla, é um trabalho que eu conheço pelo menos grande parte dele e é um trabalho que me dá uma idéia de um trabalho com uma visão nova e inovadora” (Orquídea).

“Porque que eu respondi o questionário? Teve essa parte da empatia, de um trabalho de uma professora da Escola, uma professora respeitada. Eu te conhecia, eu já te conhecia, de estar nos visitando no centro cirúrgico. É essa empatia, que contribuiu realmente para estar respondendo o questionário” (Esmeralda).

“Exatamente por ser você, por eu te conhecer tanto tempo, a gente se encontrava muito na Escola de Enfermagem. Então, eu gostaria de participar porque eu teria certeza, quer dizer eu aposto nisso, que não vai ser uma pesquisa política. É uma forma de buscar uma renovação na enfermagem. E essa pesquisa política é porque eu já tive oportunidade de ver que alguns trabalhos foram direcionados. E esse aqui eu acho que ele não vai ser, até porque ele é coletivo” (Águia).

“Eu te conheço, te admiro pra caramba, sempre te achei muito legal. Eu acho que isso também pesa quando a gente vai fazer alguma coisa” (Arco-Íris).

“Por entender que você é uma pessoa que tem os olhos voltados para essa questão de trabalhar a relação com os colegas de trabalho. Eu percebi muito bem isso em você, quando você foi nossa chefe no ambulatório, em muitas situações de conflito, você estava ali sempre presente, escutando, ajudando e acredito que esse trabalho vai dar certo” (Pérola).

“Por gostar muito da Carla que me ajudou bastante também aqui no Hospital das Clínicas (...)” (Terra).

Uma surpresa!

Para mim foi uma surpresa muito agradável saber que ‘Eu- Carla’ era um dos motivos que encorajou aquelas enfermeiras aceitarem a proposta de enfrentar, junto comigo o desafio de construir, coletivamente, um trabalho.

E porquê?

Por que, escutar as implicações manifestas pelo ‘grupo-sujeito’ da pesquisa, traduzidas em forma de elogios, confiança e admiração pelo meu trabalho, me deu ainda mais forças para enfrentar as inseguranças que tive para coordenar um grupo, o qual seria composto por colegas de trabalho do hospital em que atuava (e em que ainda atuo) como docente e pesquisadora, que poderiam a todo instante checar e testar os meus conhecimentos acadêmicos. Inseguranças que estavam totalmente escondidas no meu diário de pesquisa, mas não esquecidas, pois esse instrumento me ajudou o tempo todo a analisar minhas implicações com esse estudo.

Com relação às implicações do pesquisador, LOURAU (1993, p. 09) lança a seguinte questão: “qual é o escândalo da Análise Institucional? E ele mesmo responde: “talvez seja o de propor a noção de implicação”. O autor aponta para essa discussão, considerando que as ciências de modo geral estão baseadas na noção de “não implicação ou desimplicação”, uma vez que a neutralidade para alguns investigadores é um ponto fundamental para garantir a objetividade nas pesquisas e a corrente da análise institucional vem exatamente questionar essa dicotomia entre o pesquisador e o seu objeto de conhecimento.

Para analisar as implicações do sujeito em relação ao campo e ao objeto de estudo, os institucionalistas propõem a escrita do diário, que segundo SAVOYE (1988) pode ser um instrumento, utilizado por um intelectual para descrever suas auto-observações relacionadas à sua prática e ao meio em que está inserido.

Dessa forma, entendo que, na análise institucional, o diário é um dos recursos usados na intervenção e na pesquisa. Portanto,

o ato de escrever pode ser o passaporte que nos leva em direção à compreensão do mundo, à reflexão sobre a vida. O traço que é escrito em uma folha de papel atravessa o tempo, circula o imaginário, é lido e permite releituras. Muitas das vezes, é na releitura que encontramos algo que nos escapou da primeira vez, mas que é profundamente interessante e inovador. Escrever é ditar códigos que são decodificados por outros. A cada escrita corresponde um código em uma escala que se inicia de uma escrita mais íntima para uma mais pública (SILVA, 2004, p. 90).

O pesquisador implicado não tem medo e nem vergonha de se expor, deixa transparecer em seus escritos, mesmo que científicos, suas paixões e desejos, suas inseguranças e deficiências, enfim, deixa escapar nas entrelinhas todos os sentimentos e emoções que vivencia durante o processo de investigação.

Sintetizando esse primeiro eixo temático, pode-se dizer que a demanda do ‘grupo-sujeito’ da pesquisa foi se esboçando desde a fase exploratória da investigação em foco, mas as enfermeiras somente explicitaram seus contornos e formas no momento que constituímos o dispositivo de análise, na segunda etapa do estudo.

Nessa fase, as integrantes, ao elaborarem a demanda de análise do grupo, focalizada no objeto de estudo (a passagem da demanda da pesquisadora à demanda do ‘grupo-sujeito’ da pesquisa), expressaram vários motivos para estarem participando desse estudo, dentre eles destaque as implicações desses sujeitos com a pesquisadora.

5.2- A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem: sua configuração a partir do olhar das enfermeiras

Pensando novamente na imagem do tear, nesse eixo temático os fios soltos, representados pelos discursos das enfermeiras, foram gradativamente sendo entrelaçados aos fios fixos, representados pelos questionamentos da pesquisadora, configurando, então, a trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem do HC-UFMG, que foi tecida coletivamente. As cores e as formas dessa trama constituíram os sub-temas que serão apresentados a seguir.

5.2.1- Percepções de conflito: o ponto de vista das enfermeiras

No segundo momento da pesquisa, as enfermeiras tiveram oportunidade de se expressar, agora, por meio da fala, buscando aprofundar e compreender melhor o fenômeno pesquisado- as relações de conflito.

Conceituaram o conflito, mostrando o que esse fenômeno significava para elas, além de apresentarem seus pontos de vistas acerca das situações conflituosas, intrínsecas às relações e ao ambiente de trabalho.

Para as enfermeiras, conflito é diferença, coisa que incomoda e algo estressante. É uma situação onde existem diferenças de pensamentos, de posições e não se consegue uma solução de imediato.

“Um momento de diferenças, diferenças de posições, de pensar, de expressar e normalmente é angustiante (...)”
(Arco-Íris).

“Quando não dá para resolver assim: ‘a + a vai ser igual a 2 a, quando começa virar z, d, começa complicar, se não deu para resolver naquele momento, já vira conflito”
(Terra).

“Eu acho que conflitos são coisas que incomodam (...)”
(Esmeralda).

“Eu queria dizer o que é um conflito. Conflito para mim, ele é algo estressante que você não consegue uma solução imediata e que te incomoda, você sai dali incomodada”
(Orquídea).

De acordo com as enfermeiras as situações de conflito são bipolares, sendo que a primeira vista são percebidas como negativas, algo que incomoda, é angustiante e estressante, mas dependendo do ângulo que se olha também podem ser consideradas positivas para o indivíduo ou grupo, uma vez que permitem um processo de reflexão das

condutas pessoais, podendo até provocar movimentos de mudanças. Além disso, os conflitos presentes no cotidiano levam ao crescimento pessoal, profissional e organizacional.

Mas, as enfermeiras alertam, as situações de conflito só podem ser consideradas positivas, se forem discutidas e trabalhadas por todos os envolvidos, bem como conduzidas adequadamente.

“(...) os conflitos às vezes podem ser bons, se forem bem trabalhados, porque às vezes falta é isso. Eu acho que eles enriquecem sim, a gente sabendo trabalhar, nos enriquece. E principalmente a partir de agora que a gente teve essa oportunidade de estar discutindo. Então, eu estou achando muito bom. Eu tenho até que agradecer essa oportunidade e agradecer também às colegas a oportunidade de estar podendo discutir” (Arco-Íris).

“Eu gosto dessas situações porque elas me fazem refletir cada vez mais, me faz pensar na forma de pensar e até mesmo mudar (...)” (Águia).

“(...) eu tive uma fase na minha vida que eu não queria conflito com ninguém, queria ficar na minha, na boa, no meu alternativo, mas de um tempo para cá, deve ter mais ou menos uns dois anos, eu amadureci e, então, eu acho que ele (o conflito) é bom, porque daí você vê o que é, o que realmente, você tem que fazer, o que tem que falar, se você está disposta ou não a continuar, ou sair” (Pérola).

“Porque eu acho que estimula a gente estar pensando em soluções, agrega valores, agrega as pessoas e eu acho que com o conflito tem esse momento de crescimento pessoal” (Esmeralda).

“(...) eu gosto muito de uma frase que fala assim: ‘o conflito te leva ao crescimento’. Então, eu não vejo o conflito só como uma coisa negativa, o que eu questiono muitas vezes é a forma de como é conduzido. E aí vem a questão de quem está envolvida, a questão da maturidade, da forma como foi colocado, uma série de fatores. Então, eu não o vejo como uma coisa ruim, vejo como uma forma de crescimento” (Orquídea).

O que chama a atenção é que, na fase exploratória, somente uma, das trinta e sete enfermeiras que responderam ao questionário, apontaram esse aspecto positivo do conflito. Pondero que isso se deu pelo fato de as enfermeiras, na segunda fase da pesquisa, terem tido mais oportunidade para analisar e refletir sobre as situações de conflito vivenciadas pela enfermagem.

A literatura da área organizacional evidencia que

as teorias gerais da administração têm se constituído em um dos aportes teóricos de instrumentalização dos dirigentes que se preocuparam e ainda se preocupam com a criação de estruturas e estilos gerenciais que atendam as necessidades das organizações e correspondam a realidade que estão vivendo (SPAGNOL e FERNANDES, 2004, p. 158).

Nesse sentido, pode-se dizer que as teorias administrativas são o substrato para configurar os modelos de gestão que balizam nossa prática gerencial. Somos moldados por vários estilos de gerência ao mesmo tempo em que moldamos esses estilos, os quais, no cotidiano, são entrelaçados uns aos outros, podendo, hoje em dia, apresentar características de diversas teorias organizacionais.

Assim, a visão negativa de conflito mencionada pelas enfermeiras está ancorada nos preceitos do modelo de gerência clássico, em que os conflitos eram percebidos como fatores prejudiciais, sendo na maioria das vezes, ignorados. Entretanto, quando apresentam uma visão positiva das situações conflituosas, atrelam o seu pensamento aos pressupostos

delineados nos estilos de gestão contemporâneos, pois, consideram esse fenômeno algo presente na vida organizacional, mas que deve ser, constantemente, administrado, provocando mudanças nas relações e na organização do trabalho.

AGOSTINI (2005, p. 93) confirma citando que

os conflitos são ignorados nas teorias antecedentes ao estruturalismo e, agora, novas concepções aparecem. Independente das causas os conflitos são inevitáveis e levam a inovações e estimulam a criatividade, contudo devem ser gerenciados de maneira eficaz.

Para CAVALCANTI (1997, p. 42) “muitos conflitos podem ser oportunidade de crescimento mútuo, se desenvolvidos e utilizados positivamente, com habilidades construtivas”, gerando oportunidades de aprendizado e melhor compreensão das diferenças, bem como diversidades inerentes às relações sociais.

O conflito faz parte da natureza do trabalho do enfermeiro, mas para uma das integrantes do grupo, quando esse profissional ocupa um cargo de chefia, ele fica mais exposto às situações conflituosas. Fica claro no seu discurso que a equipe centraliza a resolução dos conflitos na figura do gerente, representado aqui pelos enfermeiros que ocupam um cargo na organização.

“(…) para mim faz parte do trabalho da enfermeira estar vivenciando, não necessariamente que eu tenha que ser enfermeira que viva conflitos, mas, vivenciar conflito enquanto enfermeira, isso para mim é inevitável” (Orquídea).

“Eu acho que (conflito) pode ser da natureza do trabalho do enfermeiro. Porque eu acredito que não dá para ele trabalhar sozinho, não tem jeito. Você tem o auxiliar, você tem o técnico de enfermagem, você tem que responder pelo trabalho deles, por outro lado, eles também têm o enfermeiro como referência. Então, você tem que estar dando suporte para eles” (Arco-Íris).

“(...) eu acho que uma das situações que de certa forma mais expõem a vivenciar conflito, não que o enfermeiro não vivencia, mas eu acho que aumenta a probabilidade em grau elevado é quando você está exercendo um cargo de chefia. Nessas situações, normalmente, tudo o que não se resolve, ou o que não se quer resolver chama o coordenador ou chama a chefia de enfermagem. Então, são situações que no dia-a-dia, elas expõem muito o profissional a conflitos” (Orquídea).

Segundo FORTUNA (1999, p. 83)

o deslocamento da resolução de conflitos para o integrante que desempenha gerência tem relação com o reconhecimento do poder adjudicado e assumido e com um imaginário de que são de sua responsabilidade as correções e o enfrentamento de situações complexas, especialmente aquelas em que possa haver revelações sobre seus pares.

Outro aspecto interessante, apontado pelas enfermeiras, foi o fato de os membros da equipe utilizarem o ‘estereótipo da culpa’ para lidarem com as situações de conflito no cotidiano. Quando se deparam com situações dessa natureza eles realizam um jogo, onde se tem o ‘policial’, que necessita encontrar ‘o (s) culpado (s)’.

“(...) e uma das coisas que eu percebi, é que as pessoas de um modo geral, elas trabalham tipo policial. ‘Quem é o culpado?’ O policial trabalha assim, ele quer saber quem é o culpado (...)” (Orquídea).

“(...) eu acho que às vezes o conflito tem muito da pessoa achar que ela tem que responder tudo, fazer tudo ou que o colega não está fazendo. E aí quando chama para sentar e discutir, não para acusar, aí fica meio complicado. Não sei se culturalmente é porque a gente está acostumada em

apontar o dedo. Acho que a gente tem essa cultura, de achar defeito nos outros, de achar que o outro está errado, até às vezes de achar que a gente é muito certo (...)" (Arco-Íris).

O fato de a equipe centralizar a resolução dos conflitos na figura do gerente pode ser uma das conseqüências produzidas ao longo dos tempos pelo modelo clássico de gestão adotado pela enfermagem, para organizar o trabalho, desde a sua institucionalização. Nesse estilo de gerência não cabe ao trabalhador a decisão no trabalho, uma vez que as ordens estão pré-determinadas, eles agem seguindo rigidamente normas e rotinas, tornando-se passivos ao processo decisório.

Esse pressuposto não é preconizado, por exemplo, por um modelo de gerência, pautado na co-gestão, que preza pela democracia e participação dos trabalhadores nas decisões, mas que penetra lentamente nas organizações de saúde tendo que ainda conviver, muitas vezes, com alguns resquícios da escola clássica.

Não temos o hábito da roda. Ainda estamos acostumados com as fileiras, onde o trabalhador tem dificuldade de falar com os seus colegas, tendo somente o chefe na mira do seu olhar.

Vejo que esse 'enquadre' (e isso foi muito bem feito pelos enfermeiros) pode ter contribuído para que grande parte dos trabalhadores tivesse medo e receio de se envolver na tomada de decisões, principalmente, quando se trata de situações de conflito, que envolvem fatores tais como diferenças pessoais, diversidades de pontos de vista, interesses, conchavos, competição, entre outros, pois não querem se responsabilizar pelas condutas estabelecidas.

Talvez seja mais fácil para os membros da equipe de enfermagem dizer que o problema sempre é do outro- o enfermeiro-, pois foi ele quem decidiu. Por outro lado, apesar do enfermeiro reclamar que os demais profissionais da equipe não têm compromisso com as decisões tomadas e não se responsabilizam, ele também tem medo. Medo de saber

que deixou em vários momentos de propiciar um espaço coletivo de fala, onde todos pudessem se expressar, sem ter medo de perder o (falso) poder.

Então, vamos acabar com esse jogo? Proponho tirar nossas vestes de policial e acusados, chefe e subordinado, culpados e vítimas, para que, em roda, possamos nos desvelar e desvelar os nós das relações conflituosas que tecemos cotidianamente.

5.2.2- Colocando em cena alguns tipos de conflitos que se apresentam no cotidiano hospitalar

As enfermeiras trouxeram à cena alguns tipos de conflitos que se apresentam no cotidiano do Hospital das Clínicas-UFMG e são vivenciados pela equipe de enfermagem.

As situações de conflito são as mais diversas e pode acontecer de diferentes formas, indo desde agressões físicas entre os trabalhadores, discussões acompanhadas de injúrias, brigas entre crianças no setor de pediatria, até rixas pessoais.

“a técnica de enfermagem que ia admitir o paciente, tinha tido um conflito com a médica, já tinha tido um conflito com essa médica e ela falou para a outra enfermeira que por isso não ia admitir (a paciente). A outra enfermeira veio e falou assim comigo: ‘Terra, a Fulana falou que não vai admitir a paciente porque ela (a paciente) é parente da médica (...)’ (Terra).

“(...) as pessoas não são nem um pouco profissional, elas começam a agredir você pessoalmente. Então, isso é uma coisa que me incomoda muito. Ela não está vendo você enquanto enfermeiro, você enquanto profissional do serviço. Aí ela passa a fazer uma agressão verbal, eu vou citar um exemplo para vocês. Eu tinha uma enfermeira grávida trabalhando comigo no final da gestação ai o

pediatra virou para ela e falou: ‘olha esse menino vai morrer por culpa sua’. Agora, você imagina o que é você falar para uma grávida que uma criança vai morrer por culpa dela. Espera ai? Isso é uma agressão física até. Como que você vai decidir uma situação, que é uma situação estressante, que precisava de uma vaga e que não tinha e o menino ia morrer por culpa dela? Poderia ser totalmente diferente: ‘olha, não temos vaga aqui, então vamos procurar o responsável, vamos ver com o diretor clinico, com o diretor do hospital o que nós podemos fazer’. Então, assim, são situações que você presencia em que elas são extremamente agressivas, porque para mim não tem absolutamente nada de profissional nisso, vira questão pessoal.” (Orquídea).

“Uma vez ligaram no meu setor: ‘Terra vai lá que os meninos estão brigando, estão querendo dar soco um no outro’. Ai eu fui rápido, cheguei e pensei: ‘pronto o que eu vou fazer?’ E pus a mão (na cintura) e falei assim: ‘o que é isso? Não pode fazer isso aqui, pode parar, aqui no hospital não pode brigar’. E as crianças disseram: ‘mas ele me deu um soco na barriga, ah, ele me deu um soco no olho’. Os meninos estavam fazendo bagunça por causa do escorregador. Ai eu pus a mão na cintura: ‘podem parar, aqui no hospital não pode’. Ai eles pararam. Mas, os conflitos que a gente vivencia são de vários tipos” (Terra).

“(...) eu presenciei algumas situações extremamente difíceis de você resolver. Por exemplo, teve um conflito que eu presenciei dois profissionais de enfermagem e eles estavam literalmente brigando na frente do leito de um

paciente e tinha mais três enfermeiros presenciando e que ninguém fez nada” (Orquídea).

“(...) eu já tive situação anterior de duas funcionárias, faltando uma avançar na outra no meio do corredor (...)” (Arco-Íris).

Dentre os relatos das enfermeiras identifiquei cinco tipos de conflitos, classificados como: intrapessoal, interpessoal, intergrupar, de poder e de interesse.

Os conflitos intrapessoais acontecem no âmbito individual, mediante situações que envolvem valores e desejos contraditórios ou quando a pessoa necessita tomar uma decisão em que essa não está de acordo com os seus princípios, deixando-a muitas vezes contrariada.

“(...) realmente foi uma situação horrível, eu fiquei muito mal, internamente, comigo mesma, pela conduta que eu tive e vi o quanto fui imatura, pressionada para tomar uma decisão, eu tomei uma decisão imatura” (Esmeralda).

“(...) você está lá com um filho doente, mas, você tem que ir trabalhar, porque a instituição não tem ninguém para cobrir, então, gerou um conflito pessoal. Pessoal, porque você é que não está bem, pois a responsabilidade é sua e você acha que o hospital é seu e que se não for trabalhar a coisa não vai andar (...)” (Esmeralda).

Os conflitos interpessoais ocorrem quando duas ou mais pessoas entram em desacordo, possuem divergências de idéias, valores e crenças, metas e objetivos diferentes, além de apresentarem intrigas pessoais.

“(...) a gente tem essas aulas na administração para estar trabalhando conflitos, mas, na verdade não tem uma fórmula (...). Quando o funcionário pede uma folga, que você não pode dar aquela folga, então, já gerou um conflito. Você está no centro cirúrgico e você não tem sala para atender o cirurgião naquele momento, você já gerou um conflito (...)” (Esmeralda).

“a técnica de enfermagem que ia admitir o paciente, tinha tido um conflito com a médica, já tinha tido um conflito com essa médica (...)” (Terra).

Em relação aos conflitos intergrupais, eles surgem quando dois ou mais grupos de pessoas, departamentos ou organizações entram em desavenças, mesmo sendo setores interdependentes, como foi descrito por uma das enfermeiras que teve um problema com o setor de internação. Uma situação de conflito foi instalada porque a enfermagem não estava concordando com os procedimentos realizados pelo setor de internação, em relação à admissão de pacientes para cirurgia.

“Várias vezes eu tive problemas com a internação. Eles mandam o paciente para cirurgia e o paciente não está internado. Não aceito, até que eu pus um ponto final nisso. ‘Ah, mas o doutor Fulano, o chefe da clínica...’ mas, não é o chefe da clínica que está aqui até às 20 horas³⁴, para resolver problema de paciente que não tinha leito para internar. Então, desde aquele dia, nunca mais subiu um paciente para operar sem ter o leito. Isso já aconteceu em várias oportunidades, já tiveram outros casos (...)” (Águia).

As enfermeiras apontaram ainda mais dois tipos de conflitos, aqueles ligados aos interesses e os que estão relacionados ao poder.

³⁴ Esse é um setor ambulatorial que encerra suas atividades por volta de 17 horas.

Nas situações em que há conflito de interesse, as pessoas buscam somente defender seu ponto de vista ou visam conquistar alguma vantagem.

“é o que acontece, a trama, eu conheço minha colega que vai concordar com a minha idéia, e ai ela vai chamar outra colega que não tem uma idéia igual a minha e vai sentar numa reunião e vai defender a idéia daquela colega que quer colocar a outra na berlinda e vai encaminhar a situação da forma que ela quer que seja encaminhada (...)” (Pérola).

“Você está no centro cirúrgico e você não tem sala para atender o cirurgião naquele momento, você já gerou um conflito. O que que tem por trás: o horário do consultório, o horário que é melhor para atender o paciente de convênio, são muitas coisas, que rolam por trás e que a gente não fica sabendo, a gente supõe algumas coisa (...)” (Esmeralda).

“(...) como tem uma ala melhor, com uma instalação física melhor, vai dar um certo conforto a mais (...) por ser sua parente, ela (a médica) priorizou também isso, talvez se não fosse parente dela, ela só quisesse internar e resolvia o problema, estaria resolvido essa situação” (Esmeralda).

Já os conflitos de poder acontecem quando alguém percebe que sua forma de influenciar as pessoas está em risco ou deixa de ter controle da situação, pois a divisão do poder está ameaçada.

“(...) eu (a enfermeira) falei: ‘olha suas cirurgias foram suspensas, mas vai entrar urgência agora e você (o técnico de enfermagem) monta a sala’. Ele (o técnico

de enfermagem) ficou olhando para mim, um olhar tipo assim: ‘será que essa mulher...’ mas eu fiquei na minha, eu dei o recado e fui resolver minhas coisas. Aí o paciente chegou e não tinha ninguém na sala. Aí eu perguntei: ‘cadê o Fulano?’ Aí cada hora eu escutava uma coisa: ‘está não sei onde, mas não adianta você ir lá, porque ele não circula para outra equipe. E eu falei: ‘faz de conta que eu não estou ouvindo’. Até eu chegar onde a figura estava, umas três pessoas vieram correndo: ‘não faça isso, porque o Fulano não entra’. Eu olhava assim, não estou ouvindo isso. Ai eu cheguei lá e falei para o Fulano: ‘o paciente já chegou’. Ele (o técnico de enfermagem) falou: ‘o que é isso, você acha que eu vou...’. Eu falei: ‘acho não eu tenho certeza que você vai agora, o paciente já está lá. Ai ele deu umas resmungadas, mas graças a Deus, eu não ouvi nada do que ele falou. Ai eu entrei na minha sala, sentei, eu estava passando mal, estava com taquicardia, porque é uma pessoa que é mais antiga de casa que eu, e é dono mesmo (...)’ (Arco-Íris).

CHAGUÉ (2003) alerta que uma vez observados os primeiros sinais de um conflito, o gerente necessita fazer um diagnóstico da situação a partir de três elementos. O primeiro é identificar a natureza do conflito que pode depender de divergências pessoais sobre fatos, objetivos, métodos ou valores. Em um segundo momento, é necessário determinar os fatores subjacentes do conflito, que podem estar ligados à informação, à percepção ou à função exercida pelos indivíduos inseridos nas organizações. Finalmente, é preciso compreender que um conflito passa por diversas fases, sendo importante identificar o seu estágio de desenvolvimento. O autor ressalta que, quanto mais cedo o gerente puder intervir numa situação de conflito, maiores serão as chances de se obter resultados eficazes.

Um aspecto relevante relacionado à natureza dos conflitos foi o relato de uma das enfermeiras sobre um livro de ocorrências que existia no seu setor de trabalho.

Inicialmente esse livro foi instituído pelo Serviço de Enfermagem para ser utilizado com a finalidade de anotar as ocorrências administrativas do setor.

Mas, segundo Orquídea, na unidade em que trabalha, esse livro estava sendo utilizado para registrar as situações de conflito, que estavam acontecendo entre os membros da equipe de enfermagem. Até que finalmente ele virou um ‘livro de fofocas’, uma vez que as pessoas estavam somente interessadas nos fatos ocorridos sem se preocuparem com os problemas vivenciados. Então, Orquídea não teve dúvidas, jogou o livro no lixo, ‘acabando de vez com os conflitos no setor’.

“Eu me lembro que na época tinha um livro e isso era até orientação da DTE, que era um livro para as pessoas deixarem recados, só que você pegava o livro e era de arrepiar. Eu falava assim: ‘que coisa mais grossa, mal educada e de baixo nível’. Eu peguei aquilo e joguei no lixo. Eu falei: ‘eu não vou ficar com esse livro, se vocês querem fazer discussão, então, nós marcamos uma reunião’. Se houve um problema com vocês, então, vamos sentar e vamos conversar’. Recado mal educado eu não vou ficar lendo isso. Isso faz mal para a saúde mental. (...) são recados que você nem imagina, como que a pessoa tem coragem de escrever naquele nível para o outro, sabendo que o livro é público. (...) chegou num ponto que as pessoas chegavam e queriam saber o que tinha de novo no livro de fofocas. O negócio era assim: ‘o que tinha de novo, qual era a marretada que um deu no outro’. Se você está com raiva, você vai lá e escreve numa página inteira, às vezes com letra bem grande, grifa e vai embora para casa, aí a outra (funcionária) chega e vai ler” (Orquídea).

A meu ver esse livro de ocorrências serviu como mediador entre as pessoas que não tinham coragem de enfrentar as situações de conflito, as quais estavam latentes, veladas ou silenciosas. Esse livro poderia servir como um analisador das relações de trabalho, mas a enfermeira achou melhor jogá-lo fora, ao invés de utilizá-lo como ponto de partida para analisar as situações conflituosas vivenciadas pela equipe. Parece que é mais fácil esconder (jogar no lixo) do que desvelar os nós.

Além disso, mais uma vez, as pessoas não conseguiram sentar em roda. Elas precisaram de subterfúgios, como por exemplo: o livro de ocorrências/fofocas, para conseguirem se expressar e falar com os colegas de trabalho.

Por exercer atividade gerencial nas diversas organizações de saúde, penso que o enfermeiro precisa compreender a natureza dos conflitos que surgem no ambiente de trabalho, a fim de identificar o que eles estão, de forma explícita ou implícita, denunciando no cotidiano organizacional. É ter contato, identificar, tomá-los como matéria-prima na sua prática gerencial, para que todos possam analisar as situações de conflito conjuntamente, pois, dessa forma o enfermeiro poderá ampliar sua capacidade de ver, escutar e intervir, coletivamente, nessas situações.

5.2.3- As enfermeiras apontam causas e conseqüências das situações de conflito vivenciadas

O conflito existe, ele é inerente às relações sociais e está presente o tempo todo nos diversos aspectos da vida (família, escola, trabalho, círculos de amizades, etc). Mas, afinal quais são as principais causas das situações de conflito que ocorrem no ambiente de trabalho? Essa foi uma das perguntas que as enfermeiras puderam discutir durante os encontros grupais.

Nos relatos das integrantes do grupo pode-se notar que grande parte das situações conflituosas ocorre devido a alguns fatores, os quais foram relacionados abaixo:

- estrutura física, gerencial e organizacional do hospital;

“A questão do hospital não ter a mesma estrutura em todas as unidades, em todos os andares (...) é a questão da hotelaria” (Orquídea).

“O próprio projeto de Unidade Funcional já é algo conflitante. Foram criadas muitas situações de conflito e não resolveu a questão organizacional. Eu acho que travou algumas coisas, porque você tem o chefe da Unidade Funcional, tem o coordenador médico, coordenador... e aí a coisa fica amarrada do mesmo jeito” (Águia).

“A falta de organização da estrutura da instituição. Porque para mim não tinha que ir a médica lá (na unidade) olhar o leito. O setor de internação que deveria resolver com a médica lá embaixo, que a internação é feita lá embaixo, não tem que médico ficar procurando leito nos quartos (...)” (Águia).

- (des) compromisso dos trabalhadores em relação ao seu trabalho;

“Eu acho que tem uma coisa também, não acontece com muita frequência, mas, sempre tem um ou dois, dependendo da quantidade de funcionário, que são aqueles ‘folgados’, que dá um jeito de escorregar, de não fazer o serviço, de sobrecarregar o colega, porque tira muita licença-saúde. Tem uns colegas realmente que são assim” (Arco-Íris).

- duplicidade de vínculo empregatício;

“(...) eu vou levantar uma questão que é um pouco polêmica, que é a questão que eu vejo hoje na enfermagem. Os profissionais, eles têm muitos empregos e com isso eles muitas vezes chegam atrasados e além de chegar atrasado, já chega cansado. É aquele funcionário que chega para receber plantão, você olha para ele, e visivelmente, você diria assim: ‘melhor seria mandar ele embora para casa dormir’. E quando você olha para o rosto dele a vontade que você tem é: ‘por favor, você vai embora, vai para sua casa dormir, porque você não está em condições de trabalhar’. Só que esse funcionário, às vezes ele ainda vai trabalhar mais 6, 12 ou 18 horas, porque ele trocou o plantão por interesse dele. Eu vejo que isso também causa uma situação de conflito. E porque? Porque é uma pessoa que ela já não está tendo condições, do ponto de vista de raciocínio de atender o doente da forma que ele deveria e muito menos você de cobrar agilidade que o serviço necessita dessa pessoa, mas, é uma realidade que nós estamos vivendo. Você olha para o profissional, a vontade que você tem é falar para ele assim: ‘olha, vai dormir’” (Orquídea).

- insegurança e imaturidade profissional;

“A gente não ter essa destreza relativa a autoridade, porque as duas enfermeiras eram novas, eu tinha mais de um ano, mas a outra tinha poucos meses que estava na ala. E a insegurança (...) a questão de quando a gente é novata ter inseguranças (...)” (Terra).

“(...) eu disse assim: ‘esse menino está ótimo, eu vou liberar ele para casa’, mas assim, na maior simplicidade, como se eu fosse dona do menino, a dona da pediatria, e dei (alta). Daqui a pouco chegou o cirurgião. E ele realmente tinha a conduta de passar lá e liberar os meninos no final da tarde, mas eu não estava acostumada ainda com essa rotina e nem eu tive a maturidade que eu não dou alta, quem dá é o médico. Isso está muito claro hoje na minha cabeça, eu aprendi. Às vezes eu acho que essas relações de conflito é muito pela imaturidade mesmo, que a gente tem de estar lidando com a situação. Você é recém-formada, tem pouco tempo de formada (...)” (Esmeralda).

- falta de respeito pelo trabalho do outro;

“Uma questão que a Terra colocou aqui que eu vejo que gera muitos conflitos, é a questão da falta de respeito com o trabalho do outro. Você ter falta de respeito pelo trabalho do outro” (Orquídea).

- autoritarismo da equipe em relação às condutas com o paciente;

“Eu presenciei muitas situações que o conflito foi gerado porque você quer impor ao doente que ele tome o medicamento. Eu enquanto enfermeira, não vou impor nada. Eu vou falar: ‘você tem medicamento, está indicado’ e o paciente fala assim: ‘eu não vou tomar’. Eu vou esclarecê-lo, mas, se ele não vai tomar, eu vou lá no prontuário relato, assino, seguro o medicamento e informo ao médico: ‘olha, o seu doente se recusou tomar medicação’. Não vou discutir com o doente, você tem que informar. Eu falo assim: ‘olha se eu tiver numa situação

que eu tenho um revólver apontado para mim’ e a pessoa fala assim: ‘você vai fazer isso’, eu ainda tenho o direito de escolha: eu posso fazer ou morrer. Então, mesmo numa situação extrema, eu tenho direito de escolha. Porque enquanto profissional, muitas vezes a gente quer fazer isso (impor)” (Orquídea).

- hierarquia e disputa de papéis entre os membros da equipe;

“O enfermeiro ele faz parte de uma categoria profissional que tem três divisões, você tem o auxiliar, o técnico e o enfermeiro, isso também acho que é um fator de conflito” (Arco-Íris).

- centralização do trabalho;

“Uma coisa que eu preocupo muito também, que eu acho que pode, pode não, gera conflito na enfermagem é que principalmente o enfermeiro, é cobrado dele resolver tudo, fazer tudo, igual o médico vem e põe na sua mão e vai embora, a assistente social também quer que você fala tudo do paciente, a nutricionista a mesma coisa. Então, parece que o enfermeiro tem que dar todas as respostas. Além de dar assistência, ele ainda tem que dar todas as respostas para o hospital funcionar. E também gera conflito pela postura do enfermeiro, dele achar que ele tem que resolver tudo dentro do hospital, ao invés dele estar reivindicando condições para ele resolver o que é da competência dele, que é dar assistência aos doentes” (Arco-Íris).

- escassez de recursos humanos e materiais

“Tem uma situação no hospital que me incomoda, não é só aqui, acho que em qualquer hospital, que a gente da enfermagem vive sempre, que é esse conflito de falta de pessoal. Ter que dar conta da assistência e o médico fica muito à parte disso, dessa assistência, pois ele tem uma coisa que o respalda que é a prescrição. Então, ele chega lá (na unidade de internação) e prescreve: dados vitais de duas em duas horas e você está com três (funcionários da enfermagem) para atender um mundo de gente na enfermaria. Então, ele pediu, ele avaliou o paciente dele e viu que necessita e você fica num pesar, com aquela coisa de estar administrando isso, e às vezes não dá conta nem de escrever, porque não teve pessoal para fazer (...) Isso gera conflito porque dependendo do momento, que você está bem sobrecarregada e que você fala que não vai fazer, que não tem condições de fazer e ele (o médico) também está num mau momento, porque às vezes a gente está num mau momento, aí dá confusão, discussão e bate-boca” (Esmeralda).

“Eu tenho percebido muitas vezes que é a falta de material, mas, a questão relacionada a rouparia e isso tem gerado muito conflito. (...) a questão é relacionada a falta de roupa mesmo. Às vezes eu tenho que receber da Orquídea um paciente com as roupas que ele estava usando lá no setor dela, senão não tem como receber. Para ela ter uma vaga no setor dela, para poder receber outro paciente é assim, sempre uma corrida. Como diz o pessoal: ‘não deixa o leito nem esfriar’ (Terra).

“É isso mesmo, se você tem roupa, você pode trazer o paciente, se não tiver fica com ele lá. ‘Não trás não, porque não tem roupa suficiente’. Nós estamos vivendo essa realidade” (Esmeralda).

- escalas de serviço;

“Eu acho que é a questão da escala. O primeiro momento que você chega é a divisão da escala e dependendo do plantão é um tormento. É a escala diária, quem ficou com os mais pesados, quem ficou com os pacientes mais pesados. Porque, tem que ser feito uma análise rápida do que foi passado no plantão para dividir com aquele número X de funcionários e nem sempre você consegue agradar a todos” (Terra).

“(...) na escala de atividades, sempre você consegue desagradar a todos, todos reclamam: ‘porque o paciente é muito grave, porque o volume de trabalho é muito (...)’ (Arco-Íris).

“No meu setor inclusive é muito comum, a gente tem paciente crônico, grave que fica lá dias e dias, se você repetir a pessoa duas vezes no mesmo paciente, ele reclama. Esse paciente é um paciente que você tem que rodar (fazer rodízio de funcionário) porque geralmente é um paciente que está lá todo dia, que está grave, que dá trabalho. É um paciente que você tem que repetir as mesmas coisas todos os dias, diferente daquele que internou ontem e que saiu hoje. Então, essa situação de escala tem que ter cuidado de rodar mesmo” (Orquídea).

“E eu vejo que uma situação que é bastante conflitante é a questão, por exemplo, da escala de férias, porque a grande maioria das pessoas quer tirar férias no período escolar, pelo menos essa é a realidade na unidade que eu trabalho. E aí se você não tiver o cuidado de estar fazendo um rodízio, esses meses sempre vão ser as mesmas pessoas que vão estar tirando férias e fica complicado. Existe mês aqui no hospital que ninguém quer tirar férias” (Orquídea).

“Essa é uma escala pesada mesmo, porque quem tem filho quer tirar nas férias escolares e quem não tem também (...)” (Esmeralda).

Ressalto que os dois últimos fatores citados, a escassez de recursos e as escalas, também foram mencionados pelas enfermeiras pesquisadas na fase exploratória, dentre outros que estavam relacionados à organização do trabalho.

MACREZ (2003) demonstra que no hospital as fontes de conflito são múltiplas e variadas. Destaca que a equipe de saúde é, às vezes, o receptáculo de diversas tensões estruturais, mas também se constitui como uma importante fonte de conflitos, que são causados pelos seguintes motivos:

- problema de hierarquia, por exemplo: autoritarismo, incompetência, assédio moral ou sexual, manipulação afetiva;
- vida do grupo: clãs, ciúmes, discriminação, individualismo;
- qualidade dos cuidados: maus-tratos aos pacientes, práticas de cuidados desqualificadas por falta de formação continuada ou falta de clareza nos protocolos;
- patologias ‘pesadas’, fontes de fadiga e estresse;

- problemas pessoais dos integrantes da equipe: esgotamento profissional, preocupações pessoais e familiares (depressão, alcoolismo, divórcio, etc), desmotivação, resistência às mudanças;
- gestão da equipe: problema de planejamento por falta de pessoal;
- gestão do serviço: falta de logística e materiais.

SORIN (2003) também descreveu algumas causas que desencadearam situações de conflito vivenciadas pela equipe de saúde do centro cirúrgico de um hospital público de Paris-França, as quais em parte vem corroborar as encontradas nessa investigação. Em seu estudo a autora identificou fatores tais como falta de reconhecimento profissional do trabalho do enfermeiro, tempo de serviço inferior a dois anos, dificuldade de comunicação, falta de organização, oposição entre os interesses individuais e coletivos, falta de respeito dos cirurgiões e a incompetência das enfermeiras *cadres*³⁵.

Como nessa investigação, o estudo de LIMA, R.C.D. (1998, p. 188) realizado em um hospital público, localizado na capital do Espírito Santo, também encontrou a escala como fonte geradora de conflitos entre os membros da equipe de enfermagem. A autora descreve,

conforme foi observado, a escala constituiu-se no período, num dos maiores focos de conflitos na equipe de enfermagem e na relação com a direção do hospital, estando no centro dos conflitos as questões relacionadas à jornada de trabalho, o déficit de pessoal, o alto índice de absenteísmo, as barganhas político-eleitorais (...).

Assim, tanto no estudo de Lima, quanto nessa investigação, falar de situações de conflitos que foram geradas pelas escalas de serviço permitiu revelar esse instrumento administrativo do enfermeiro, como um potente analisador das relações da equipe de enfermagem.

³⁵ A enfermeira *cadre* é aquela que ocupa cargo de chefia nos hospitais franceses. Comparando com o Brasil, pode-se dizer que essa profissional corresponde aos enfermeiros coordenadores e supervisores de unidade.

Dessa forma, são instrumentos- as escalas diária e mensal- que fazem as instituições enfermagem e hospital falar, ou seja, denunciam processos silenciosos, revelando interesses, desejos, necessidades, autoritarismo, escassez, descompromissos, mazelas, entre outros fatores relacionados à macro e à micropolítica dos serviços de saúde.

Neste sentido, LIMA, R.C.D. (1998, p.188) aponta que dentre os conflitos presenciados e vivenciados junto à equipe de enfermagem durante o desenvolvimento de sua pesquisa,

as discussões sobre a escala do mês de setembro/95 se apresentaram como um dos mais expressivos ruídos na instituição, se constituindo como momentos de resistência vivenciados pelo grupo, em que ficaram claros os distintos lugares e os modos de se significar, por exemplo, a duplicidade dos vínculos empregatícios, a jornada de trabalho e o seu (des) cumprimento, assim como demonstrou o quanto a preocupação com os pacientes está distante tanto dos discursos e fazeres da enfermagem quanto dos dirigentes.

De modo global, verifica-se que as causas geradoras de situações de conflito no contexto do HC-UFMG, que foram identificadas pelas enfermeiras, estão basicamente vinculadas e apoiadas em dois pilares: à macropolítica e à micropolítica.

O pilar da macropolítica congrega questões relacionadas ao Estado e o modo de vida das sociedades capitalistas, por exemplo, a duplicidade de vínculos empregatícios. Além disso, integra questões da política do hospital em estudo, traduzidas pelas deficiências na estrutura organizacional, no modelo de gerência implantado e na escassez de recursos. As questões macro são quase (in) tocáveis pelos trabalhadores, aparentemente são de difícil resolução, e o responsável é impessoal- ‘a culpa é sempre do Governo’.

Em torno do pilar da micropolítica encontram-se questões ligadas ao modo de funcionamento das equipes e dos setores do hospital como: a centralização do trabalho, as hierarquias, o autoritarismo, a falta de respeito pelo trabalho do outro, as inseguranças, a imaturidade e o descompromisso profissional, bem como as escalas de plantão. Essas são questões um pouco mais fáceis de se encontrar soluções, pois, na maioria das vezes, dependem do nosso comportamento no trabalho e o responsável tem um nome- ‘nós mesmos’.

Pergunta-se: como intervir nessas questões (macro e micro) que provocam situações de conflito no cotidiano de trabalho? Como minimizar as situações de conflitos decorrentes dessas causas?

Perguntas quase (im) possíveis de serem respondidas. Entretanto, diante de um dilema, uma das saídas é buscar suporte na teoria e, então, me lembrei dos conceitos de instituído e instituinte decorrentes da Análise Institucional.

Entendo que grande parte dos fatores desencadeadores de situações de conflito, no ambiente de trabalho, fazem parte de processos instituídos que estão presentes no contexto organizacional. Comportamentos cristalizados, normas que não querem ser rompidas, a rotina que é difícil de ser quebrada, enfim, resistência à mudança. Esses, dentre outros, são fatores que muitas vezes mascaram a verdadeira causa dos conflitos.

Talvez a estratégia para intervir nessas causas seja impulsionar e intensificar processos instituintes que possam percorrer por toda a extensão do tecido organizacional dos serviços de saúde, explicitando e denunciando cada vez mais os instituídos presentes. É ver, ouvir e falar, mas acima de tudo, agir.

É criar dispositivos coletivos (instituintes) que permitam explicitar os nós, pois, esses precisam ser desvelados pelos trabalhadores, a fim de analisarem o que de fato está por trás (instituídos) das causas que provocam as relações conflituosas vivenciadas no dia-a-dia.

Como toda causa tem uma conseqüência, o grupo de enfermeiras pesquisadas, também buscou identificar e analisar as conseqüências decorrentes das situações de conflito vivenciadas pela equipe de enfermagem no HC-UFMG.

As conseqüências apontadas foram: mal-estar na equipe, devido à determinadas condutas de alguns integrantes da mesma, desmotivação por se deparar constantemente com conflitos que geralmente não se encontra soluções imediatas (e às vezes, nem tardias) e o estresse causado por diversas fontes.

“Primeira consequência que eu acho é um mal-estar que fica na equipe. Eu como enfermeira eu acho muito desagradável, me incomoda muito viver essa situação, de repente um funcionário se recusar a fazer um trabalho que é da competência dele, que é dever dele e que ele se recusa a fazer e ainda com essa justificativa (não querer admitir uma paciente porque teve um conflito com a médica que era parente da paciente). Eu acho que para a enfermagem é muito difícil a gente ouvir uma coisa dessa, a pessoa falar que não vai atender, porque não gosta daquele parente que está acompanhando. Então, eu acho que causa um mal-estar muito grande” (Arco-Íris).

“Para mim uma das maiores consequências é a desmotivação, todas as situações de conflito que eu vivenciei, cada vez mais elas foram me desmotivando. Mas, para mim foi algo maravilhoso, porque também me abriu portas, porque como a motivação é interna, o estímulo é externo, mas, a motivação é interna, eu não queria me deixar abater mais do que os próprios conflitos haviam me abatido. Então, eu estou dando volta por cima, aí eu sempre uso a frase: ‘o que não me mata, me fortalece’” (Águia).

“Uma coisa que sempre vejo como consequência nas situações de conflito é o estresse. Eu creio que é difícil sair de um conflito sem estresse, mesmo que seja eu diria assim, momentâneo, porque tem o estresse momentâneo e tem aquele que perdura por um tempo maior, até você conseguir digerir ou resolver a situação (...)” (Orquídea).

Na maioria das vezes, o conflito produz efeitos indesejáveis em todos os setores das organizações, uma vez que está presente uma competição individual ou grupal, gerada pela pressão de sempre querer “ganhar”. Esse clima competitivo e de interesses, cria “um mal-estar entre os indivíduos e grupos, levando a frustrações, estresse, hostilidade, prejudicando a habilidade de julgamento e o desempenho de tarefas” (LAKATOS, 1997, p. 109).

As conseqüências apontadas pela autora e pelas enfermeiras desse estudo interferem direta ou indiretamente no desenvolvimento do trabalho, nas relações interpessoais e no comportamento dos indivíduos. Com isso os trabalhadores, inclusive os de enfermagem, podem ficar agressivos, mau-humorados, impacientes, frustrados, irritados, desiludidos, enfim, reproduzir todos esses sentimentos nas suas relações com os pacientes, causando, por exemplo, maus-tratos e descasos com a assistência prestada.

Além disso, devido a este tipo de comportamento e sentimentos, as relações de trabalho acabam ficando cada vez mais desgastadas, a trama começa a se esgarçar, chegando muitas vezes a se romper. Nesse momento é preciso tecê-la novamente, com muito cuidado, reconstruindo as relações interpessoais, para que essas, principalmente, não interfiram de forma negativa na assistência ao paciente que deve ser prestada livre de riscos e baseada em princípios éticos.

Portanto, para LAKATOS (1997, p. 109) “a questão é saber como administrar o conflito de forma que se obtenha efeitos construtivos e, ao mesmo tempo, como minimizar os destrutivos”. Neste sentido, as enfermeiras revelaram algumas estratégias utilizadas por elas na resolução desse fenômeno organizacional.

5.2.4- Revelando algumas estratégias utilizadas na ‘resolução de conflitos’

Quando estamos diante de uma situação de conflito, a vontade que temos é querer resolver, negar ou eliminar totalmente o fato ocorrido. Missão quase (im) possível.

Por isso, nessa história ao invés de negar situações dessa natureza ou encarnar o papel de exterminadoras de conflitos, sugeri às enfermeiras que examinássemos as diversas estratégias que são utilizadas na ‘resolução’ (ou não) desse fenômeno que ocorre diariamente no contexto organizacional.

Dessa forma, as integrantes do grupo descreveram várias estratégias que são utilizadas por elas ao lidarem com situações conflituosas.

As enfermeiras não são policiais, mas sempre estão ‘armadas’. Mediante situações de conflito sempre sacam uma ‘arma’ poderosa: os instrumentos administrativos, memorandos, leis, relatórios, etc. Esses são os subterfúgios encontrados pelas enfermeiras quando se deparam com situações desse tipo, pois, geralmente ficam indecisas e inseguras para saber qual a melhor forma de lidar com os conflitos (mesmo aquelas enfermeiras que são mais experientes).

“Mas tem que pedir mesmo para Deus te iluminar, para saber o que você faz naquela hora (mediante uma situação de conflito), se você cala a boca, se vira as costas se você vai e faz. Ai eu falei: ‘nossa o que eu faço?, esse cara (técnico de enfermagem) não vai mesmo (circular a sala de cirurgia numa intervenção cirúrgica de urgência), o que eu vou fazer?’ Ai eu sentei e falei: ‘bom eu vou fazer um memorando contando o caso todo, que as cirurgias foram suspensas e que ele se recusou a circular a sala de cirurgia dentro do horário de trabalho dele’. E falar para ele: ‘tudo bem, você não vai não? Está certo, não quer ir não vai, agora está aqui, eu fiz o relato, você vai assinar e eu vou mandar para a DTE’. Ai eu falei: ‘eu vou fazer isso e mando’. Ai eu voltei lá para a sala (de cirurgia) para constatar se o cara estava lá. Eu cheguei e ele não estava, ai pronto! Porque você fica com uma expectativa. Ai eu estava voltando para fazer o memorando e a sorte é que alguém me parou no corredor

para perguntar alguma coisa, ai eu vi ele saindo da sala do almoxarifado, já com tudo pronto e entrou lá na sala de cirurgia” (Arco-Íris).

“Então, eu relatei, fiz por escrito, acho que mexeu lá em baixo (no setor de internação), a pessoa nem olha para a minha cara, mas eu não estou nem aí, porque eu sei que agi corretamente (...) melhorou pelo menos para o meu setor e, principalmente, para o paciente. A equipe (médica) não faz cirurgia estressada e a equipe de enfermagem não fica estressada (...). Então, o mal-estar pessoal que surgiu, eu não estou nem me importando com ele, porque as coisas se resolveram. Em função disso, foram só facilidades” (Águia).

“Eu vou falar para vocês como é que eu resolvi essa questão, parcialmente, porque ela caminhou. Eu peguei a carta (uma denúncia dizendo que um técnico de enfermagem violentou sexualmente uma paciente sedada) e mandei para a Comissão de Ética do hospital e pedi afastamento desse funcionário, até que resolvesse, porque eu não posso falar, não tenho nenhum argumento, porque eu não presenciei, recebi relatos, nenhum momento eu vi alguma coisa que pudesse chegar a alguma conclusão que houve abuso (sexual). É uma situação extremamente complicada, mas, para mim foi uma surpresa muito grande porque era uma coisa que eu não tinha pensado, enquanto coordenadora, que eu pudesse viver uma situação dessa gravidade. Eu conversei com ele (o técnico de enfermagem que estava sendo acusado) e ele negou terminantemente, ele falou que não aconteceu nada. Quando eu conversei com ele eu expus para ele: ‘olha, eu

recebi uma denúncia...’. Eu não mostrei a carta para ele, mas, o que ele colocou para mim foi o seguinte: que os procedimentos que ele fez, são procedimentos de rotina para higiene íntima de paciente sedada e que ele não fez nada mais além disso. Igual eu falei para vocês, eu não tinha nenhuma evidência, eu enquanto profissional, não poderia fazer nenhuma acusação. Então, o que eu fiz na época foi isso: peguei a denúncia e encaminhei (para o Comitê de Ética). Porque eu acho que a gente tem que ter certeza também e muitas coisas não são da minha competência. Elas são da competência de outro profissional. Então, meu papel aí era conversar com ele sim, ouvir sim, mas julgar e chegar a conclusões, não era o meu papel” (Orquídea).

O estudo de FERRAZ (2002, p. 144) vem corroborar os achados dessa pesquisa, pois, a autora ao realizar uma análise da reforma do sistema administrativo de um Hospital Universitário do interior de São Paulo, verificou que

no início da mudança, com frequência os conflitos entre profissionais eram registrados e encaminhados burocraticamente, sendo que a categoria enfermagem apresentava a maior demanda de relatórios administrativos decorrentes de denúncias, de desacato a autoridade, todavia ao submetê-los à dinâmica compartilhada as duas faces da relação de conflito se revelaram: a de desacato e a de abuso do poder.

Na presença de situações de conflito que necessitam de solução imediata, como no caso de agressões físicas entre trabalhadores, as enfermeiras usam a estratégia do tipo retirada, uma vez que fazem as pessoas, que estão envolvidas no caso, esquecerem o fato ocorrido (pelo menos naquele momento da briga) pedindo para que as mesmas voltem para suas casas ou para seus setores de trabalho e retornem num outro dia para resolverem o problema.

Sem saber muito o que fazer diante dessas situações de agressão, as enfermeiras pensam em conversar com os trabalhadores envolvidos, ou de novo utilizam sua arma poderosa: o memorando, para encaminhá-los à DRH, onde tem psicólogos que são, segundo elas, os profissionais preparados para resolverem os problemas de comportamento desses indivíduos no hospital.

“(...) eu vou falar para vocês como é que eu resolvi o conflito (uma briga de técnicos de enfermagem mediante o leito do paciente). Eu mandei os dois embora. Falei: ‘você que está chegando, pega suas coisas e vai embora, a gente conversa outro dia’ e o outro também, pois já estava saindo. Ele falou (o técnico que estava chegando no plantão): ‘ah, mas eu não vou embora’ e eu disse: ‘você vai’. Essa foi a minha posição, porque do meu ponto de vista não tinha a menor condição dele trabalhar. Eles foram embora para casa, de cara feia. Eu disse para eles: ‘resolvemos isso outro dia, de outra forma’. Por que como você deixa uma pessoa dessa cuidando de um doente?” (Orquídea).

“Eu falei: ‘olha cada uma para o seu setor, eu não quero saber o que aconteceu, cada uma vai para o seu setor e amanhã sete horas da manhã na sala de coordenação a gente vai conversar sobre isso, mas nesse momento, não quero saber de nada, cada uma para o seu lugar’. Agora, eu tenho muito claro também, na hora da briga, apartar eu não vou, porque senão pode piorar. No outro dia sete horas da manhã a gente estava lá para discutir. E eu com meu memorando pronto para mandar para a DRH. Então, assim, tecnicamente eu não tenho nada contra, mas o comportamento foi péssimo, além de ser dentro da instituição, no meio do corredor, todo mundo vendo, se

ainda tivesse sido numa salinha escondido, não, foi no meio do corredor e todo mundo vendo, isso aí foi péssimo! Eu não tenho competência profissional para resolver isso, se for alguma coisa técnica, fazer treinamento, alguma coisa de enfermagem tudo bem, mas relacionamento pessoal, a esse ponto, não. ‘Então, vocês vão para a DRH’. Aí elas pediram para não mandarem, que não ia acontecer isso mais, eu registrei e ficou lá, só que dois anos depois o coordenador teve que mandar para a DRH, pois aconteceu a mesma coisa com as duas. Elas seguraram durante dois anos, depois teve de novo e aí teve que mandar” (Arco-Íris).

Uma das enfermeiras relatou que a confrontação é para ela uma das formas de se lidar com o conflito, a fim de resolver a situação de imediato, para não deixar que os problemas perdurem e se prolonguem cada vez mais, ao longo do tempo. Ressalta que quanto mais se evita um conflito, mas ele aparece, pois, se os conflitos não forem enfrentados e solucionados, corre-se o risco de surgirem outras situações insustentáveis ou até mais graves.

“(...) eu acho que uma das formas de lidar com conflito, às vezes, é deixando a coisa pegar mesmo, porque aí você resolve de vez uma situação que já está lá muito tempo. (...) eu acho que cada vez que a gente vai evitando o conflito, a gente vai gerando outros, com outras pessoas. Então, vamos enfrentar logo. Então, o que eu fiz: eu gerei uma situação maior, no sentido de impedir que outros pacientes que tinha chegado dessa forma aqui (chegaram no ambulatório para procedimento cirúrgico e estavam sem admissão), quer dizer, eu criei um conflito maior, só que eu criei um conflito pessoal (com o setor de internação), mas só para o meu lado. Eu não resolvi com

o serviço como um todo, foi para o serviço, mas, foi uma briga minha. Eu não virei para o chefe do serviço e falei isso, foi uma briga que eu comprei para mim, mas, resolveu o problema para o serviço todo, inclusive para os colegas de outros andares (...)” (Águia).

Por outro lado, algumas integrantes do grupo mencionaram que outra estratégia utilizada é o abrandamento da situação conflituosa, pois procuram interesses e objetivos comuns, buscando contornar a situação e minimizar as diferenças entre as pessoas envolvidas no problema.

“Eu falei assim: ‘faz o seguinte, se de tudo ela (técnica de enfermagem) não quiser receber, nós duas (as enfermeiras responsáveis pelo plantão) vamos lá e recebemos’. A idéia que eu tive naquele momento foi: ‘a gente vai lá e admite, eu te ajudo, a gente vai e admite a paciente e pronto’. Depois a gente vê o que faz, conversa com essa funcionária, porque isso não é uma coisa correta (negar admitir a paciente porque é parente da médica que ela teve um conflito). Então, para mim foi uma dificuldade, foi a primeira vez e eu não sabia o que fazer. Nunca tinha acontecido comigo de alguém ter negado de receber paciente” (Terra).

“(…) de certa forma elas (as duas enfermeiras responsáveis pelo plantão) contornaram, elas amenizaram a situação com a técnica de enfermagem (que negou admitir a paciente porque é parente da médica que ela teve um conflito) para que a enfermagem no momento não fosse consequência de um problema e que ela não ficasse uma equipe mal vista, que recebeu mal o paciente. Acho que elas contornaram a situação” (Orquídea).

Reuniões. Outro instrumento administrativo, utilizado pelas enfermeiras como ‘arena de solução de conflitos’, ou seja, um lugar de discussão entre os trabalhadores da equipe e busca de alternativas para a resolução de fatos conflitantes.

Palco de acusações, falta de clareza e de objetividade, forma de condução arcaica. Essas foram algumas críticas, apresentadas pelas integrantes do grupo, em relação à maioria das reuniões, realizada com a finalidade de resolver questões conflituosas da equipe e que, geralmente, não se teve resultados positivos. Contudo, mesmo questionando a efetividade desse instrumento para atingir seu objetivo, consideraram que as reuniões ainda são os cenários mais utilizados para se desenvolver estratégias de condução do conflito, as quais pode-se classificar como: confrontação, colaboração, retirada, entre outras.

“Essa questão do conflito, ela sempre existiu, agora a dinâmica para estar resolvendo isso... as técnicas muito usadas na enfermagem são as reuniões, reuni, reuni, reuni, sempre. ‘Ah, o problema é com funcionário, aí reuni para ver o que vai fazer, é com o chefe médico, faz reunião com o chefe médico, reuni a equipe toda, reuni menos gente. Então, são sempre as reuniões (...) nem sempre teve solução, tem alguns sucessos, alguns encaminhamentos, mas nem sempre chegou a resolver por completo uma situação de conflito” (Esmeralda).

“eu fazia reuniões de manhã, de tarde e de noite todo mês e a gente percebia que a maior parte do tempo, as pessoas estavam querendo acusar o outro e não procurar uma solução para o problema. Então, você gastava assim, noventa por cento ou mais da reunião para as acusações e no final a gente tentava fazer um fechamento para encontrar um consenso, mas o grande problema é não objetivar uma discussão, mas, querer saber quem é o culpado. É uma coisa que para mim me incomoda muito porque eu falo assim: ‘olha eu não sou policial’ (...) não é

competência do enfermeiro, falar você é o culpado ou inocente. ‘Não sou juiz para julgar ninguém’. Então, o que a gente vê muitas vezes é isso, o colega falar assim: ‘mas ele é o culpado’ e eu falo: ‘eu não quero saber, eu quero é resolver o problema’. Porque, eu acho que você perde tempo demais acusando as pessoas” (Orquídea).

“(...) porque fazem reuniões, as metodologias são todas arcaicas, chamam as chefias que conhece o funcionário ou a pessoa que esta sendo o sujeito da reunião e seguem aquele mesmo processo, sem te dar uma resposta, você não tem retorno daquilo. Então, faltam instrumentos de trabalho sim, com metodologias mais... você fica no ar, aí perde a motivação e você fica lá no seu canto. (...) por que às vezes, você tem que resolver uma situação de conflito e a metodologia usada na instituição é uma metodologia que não resolve, então, você diz: ‘deixa para lá, vou para praia, vou para a praia’(...)” (Pérola).

Dentre as enfermeiras pesquisadas, uma apontou a possibilidade das reuniões com a equipe, deixarem de ser palco de acusações para ser ‘arena de negociações’. Ressalta que quando o Serviço de Enfermagem utiliza esse instrumento gerencial para discutir, coletivamente, os conflitos que surgem no cotidiano, tem-se uma grande probabilidade dos fatos ocorridos deixarem de ser situações conflituosas e passarem a ser problemas que podem ser resolvidos de maneira justa, ética e cooperativa. Nesses momentos de tomada de decisão coletivos, nota-se que está associado dois tipos de estratégia de administração de conflitos: a negociação e a transformação das diferenças em resolução de problemas.

“(...) nesse caso foi um conflito porque precisava tirar pessoal de uma determinada unidade, a gente reuniu os enfermeiros da unidade para falar que a gente ia retirar algumas pessoas de lá, para tirar cinco pacientes e cinco pessoas (funcionários da enfermagem) e eles precisando

de pessoal. E aí a gente depois de muito conversar e negociar, um dar uma idéia, outro dar outra, porque a DTE não decidiu sozinha, eles (enfermeiros da unidade) contribuíram também. Porque a DTE poderia chegar lá e falar assim: ‘olha é desse jeito, nós vamos tirar cinco pacientes e cinco funcionários’, mas nós tivemos a felicidade de falar: ‘olha tem que tirar cinco pacientes e tem que tirar cinco pessoas, como nós vamos negociar isso? Como vocês podem ajudar com uma contrapartida? Quer dizer uma coisa que podia ser um conflito enorme virou uma solução, porque foi bem conduzido. Então, eu acho que é isso, que a gente tem que aprender a trabalhar, ao invés de ficar essa coisa desagradável (...) porque se tem um conflito é porque tem problema. Nesse caso, não foi a DTE que chegou e disse que tem que ser desse jeito, as outras pessoas (enfermeiros da unidade) colaboraram, deram palpite, houve negociação e isso fortalece, você fica bem, todas as vezes que você encontrar com os enfermeiros você vai estar bem com eles, eles vão te olhar de uma forma boa. Então, cria um compromisso, uma parceria, envolvimento. E é muito bom trabalhar desse jeito, quando a gente consegue fazer assim” (Arco-Íris).

JUNQUEIRA (2005, p. 01) define negociação

como um processo de buscar a aceitação de idéias, propósitos ou interesses, visando ao melhor resultado possível, de tal modo que as partes envolvidas terminem a negociação conscientes de que foram ouvidas, tiveram oportunidades de apresentar toda sua argumentação e que o produto final seja maior que a soma das contribuições individuais.

Nessa linha de raciocínio, MARQUIS e HUSTON (1999, p. 354) acrescentam que uma meta essencial dos gerentes, para que eles obtenham um processo de negociação eficaz “é fazer com que a outra parte se sinta satisfeita com o resultado”. Enfatizam que “o foco da negociação deve ser a criação de uma situação de dupla vitória” para as partes envolvidas no problema.

Para as integrantes do grupo é pessoal de cada enfermeira a forma de lidar com os conflitos no cotidiano de trabalho e depende, principalmente, de alguns fatores como quem são as pessoas envolvidas na situação, o contexto e o estado emocional das mesmas no momento do fato ocorrido. Esses fatores também foram citados pelas enfermeiras na fase exploratória.

“É pessoal de cada enfermeiro lidar com as situações de conflito, porque algumas situações de conflito, ela vai envolver algumas questões, a primeira questão é quem são as pessoas envolvidas nesse conflito e uma outra questão é como que está as emoções das pessoas envolvidas nesse conflito, naquele momento. Porque você pode estar bem emocionalmente hoje, ou você pode ter vindo trabalhar com as emoções eu diria abaladas. Ai você diante de uma emoção abalada, você pega um problemão, com uma pessoa extremamente exaltada, num calor de 35° graus, no final do plantão, onde está todo mundo com fome, irritado, meio dia e meio, quinze para uma (final do plantão dos funcionários da enfermagem do turno da manhã), aí você vai ter alguns agravantes” (Orquídea).

“Eu concordo com a Orquídea, quando ela fala que é pessoal. Porque às vezes, o que é problema para mim naquele momento, para o outro não é. Ele consegue ter uma visão diferente daquele momento e resolver de uma maneira mais serena, com menos tumulto, do que de

repente eu resolveria. Porque tem pessoas que consegue ouvir o outro esbravejando e não deixar se envolver por aquele momento, outras não. Outras com uma simples palavra mais ou menos distorcida ela ‘roda a baiana’. (...) a gente vê na própria equipe de enfermagem, enfermeiros que resolvem as mesmas situações de maneiras diferentes. Então, a visão de mundo dele influencia muito na decisão, tem pessoas com uma postura mais rígida, que não conseguem mobilizar outras soluções” (Esmeralda).

Em parte, concordo com essa percepção das enfermeiras pesquisadas, pois somos sujeitos com uma subjetividade singular e com capacidade para intervir de diversas formas na dinâmica das relações sociais cotidianas.

Somos humanos. Temos sentimentos e emoções, o que torna difícil separar o pessoal do profissional (discurso que tantas enfermeiras e eu já ouvimos durante o curso de graduação), mesmo buscando em alguns momentos manter uma certa distância profissional das situações ocorridas no ambiente de trabalho.

BARRANE (2004) relata, mesmo que haja essa distância profissional, somos humanos antes de tudo. Tudo faz parte da profissão da enfermeira, nós não somos robôs que fazem injeções. Parafraseando a autora eu ainda diria: nós não somos robôs que resolvem todas as situações da mesma forma, descritas num manual de instrução. Neste sentido, a maneira de se lidar com os conflitos estaria sim, atrelada à performance, personalidade, olhares e ações interessadas de cada um.

Mas, faço um alerta geral a todos os enfermeiros de plantão.

De acordo com L’ABBATE (2005, p. 239)

(...) somos o tempo todo movidos pelas nossas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, seja com relação à nossa prática de pesquisa e/ou intervenção, seja com as instituições com as quais

pertencemos, seja com nosso campo teórico-metodológico. A questão é a forma como atuamos, por exemplo, como coordenadores de um grupo, a partir desse conjunto de “compromissos”.

Assim, pode-se dizer que as nossas implicações (profissionais, afetivas e ideológicas) influenciam, significativamente, as relações interpessoais no ambiente organizacional, sendo, portanto, necessário analisá-las constantemente para se ter clareza do nível de implicação de cada um em determinadas situações.

Para que as situações de conflito não sejam conduzidas tendo como referência somente a personalidade do enfermeiro, seu estado emocional e o contexto em que ocorreram essas situações, e com isso acabe tomando decisões arbitrárias e injustas (daí a necessidade de analisar as implicações), esse profissional precisa agregar ao seu trabalho instrumentais teóricos e de intervenção que possibilitem apurar cada vez mais sua capacidade de escuta e análise coletiva dos ruídos institucionais.

Portanto, complementando o alerta geral, mais uma vez é preciso encontrar estratégias coletivas que propicie explicitar os nós da trama relacional, com o objetivo de engendrar um espaço concreto de argumentação, análise, decisão, ação e desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas, permitindo olhar os conflitos de frente.

De acordo com uma das enfermeiras, mediante uma questão conflituosa, a qual ela não sabe resolver devido a suas inseguranças e indecisões, ela recorre (mentalmente) ao ‘Senhor Todo Poderoso’-Deus- para lhe ajudar a encontrar a melhor alternativa de solução. Ressalta que nessas situações as enfermeiras necessitam desenvolver a sua capacidade e o desejo de visão, para enxergarem a melhor alternativa perante o tipo de conflito instalado.

“(...) mas acho que Deus deu duas mãos para a gente: numa ele coloca as dificuldades que a gente tem que enfrentar e na outra ele coloca as possibilidades para você resolver essas dificuldades, você precisa enxergar, porque se você não enxergar fica complicado mesmo. Eu penso muito em Deus, quando o negócio está difícil eu rezo 24 horas por dia” (Pérola).

Por outro lado, na visão de outra enfermeira quando o profissional se depara com situações de conflito que não consegue resolver, repassa (concretamente) o problema, que passa por todos os níveis hierárquicos da organização até chegar ao ‘Senhor Todo Poderoso’ - o Chefe do Serviço de Enfermagem- para ele solucionar o fato.

“(...) você identifica a situação, se não consegue resolver sozinho, leva para a equipe, se ainda o enfermeiro não consegue, vai para o coordenador, se o coordenador não consegue ela vai na DTE” (Terra).

Esses discursos demonstram o desejo de fuga das enfermeiras, conforme já relatei na fase exploratória. Com o desejo de fugir de situações de conflito, essas profissionais evocam forças divinas e terrestres na tentativa de eliminar um fenômeno que é parte integrante da vida e dos processos sociais. Mas, segundo FORTUNA (1999), a vontade de eliminá-lo se situa somente no nível do imaginário dos indivíduos.

Diante dessa impossibilidade, diversas condutas adotadas para lidar com o conflito, de alguma forma permitem o descompromisso e a desimplicação dos profissionais mediante o surgimento desse fenômeno nas organizações.

Enfim, gostaria de destacar a fala de uma das integrantes do grupo que, sintetizou, em um dos encontros, as formas utilizadas pelas enfermeiras para lidarem com situações de conflito no cotidiano.

As condutas adotadas, basicamente, estão apoiadas em três elementos: a religião, o distanciamento e o terapeuta, o que demonstra que essas profissionais têm receio e certa dificuldade para lidar com situações dessa natureza, pois na ânsia de se ‘livrar da situação problema’, muitas vezes acabam utilizando estratégias evasivas na tentativa de amenizar, contornar, mascarar ou até mesmo negar os conflitos presentes.

“Eu gostaria muito que a Pérola estivesse aqui, porque uma das coisas que eu ouvi muito dela, desde o primeiro dia, foram as formas de como você vai lidar com o conflito. Ela falou assim: ‘olha tem uma fórmula da gente

lidar com o conflito, que é a gente rezar muito' e cada um tem a sua religião, se você está tendo muito problema, você vai buscar de acordo com a sua religião uma forma de lidar com o conflito, a outra ela falou assim: 'olha, tira férias e vai para a praia', então, tem uma outra que é: você se afasta um pouco para analisar e depois volta. A outra ela falou assim: 'ah, eu vou fazer terapia', a Pérola falou isso: 'ah, se não der conta então, a gente vai para o psiquiátra'. Eu achei muito interessante as formas com que ela estava colocando, de como são conduzidas essas relações de conflito (...)" (Orquídea).

Diante desse fato destaco a seguinte recomendação que CHAGUÉ (2003) faz aos gerentes de enfermagem: quando um conflito aparecer na equipe, esse profissional não deve ter medo, ao contrário deve se apropriar de uma metodologia que lhe permitirá administrá-lo melhor.

Para o autor, o bom gerente é aquele que dispõe de um leque de respostas que ele adapta, segundo as circunstâncias do momento, isso devido a um diagnóstico apropriado da situação e a uma apreciação correta que ele faz dos fatos em jogo.

Partindo do princípio de que conflitos sempre existirão, "pois uma vez estabelecidos se materializam quer nas defesas, quer nas fugas, quer nas estereotípias" (FORTUNA, 1999, p. 77) faz-se necessário compreender quais são as principais facilidades e, principalmente, as dificuldades que os enfermeiros encontram quando se deparam com situações conflituosas.

5.2.5- Delineando um quadro representativo das facilidades e dificuldades para lidar com situações de conflito

Cotidianamente, as enfermeiras encontram facilidades e dificuldades para lidarem com situações de conflito, presentes no contexto organizacional.

Dessa forma apontaram alguns fatores considerados facilitadores para o agir da enfermeira mediante situações dessa natureza, que foram descritos abaixo:

- bom relacionamento e entrosamento com a equipe;

“Eu acho que isso é um facilitador, o bom relacionamento e o entrosamento com a equipe, facilita muito a resolução dos problemas” (Esmeralda).

“(...) ter um bom relacionamento com o técnico, com o auxiliar, não é porque ele tem menos grau de instrução que você não vai respeitar, você tem que respeitar desde o porteiro até o PHD, é lógico escutando e observando” (Pérola).

“O bom relacionamento, acho que é o que mais facilita uma relação de conflito, porque você já tem um respeito pelo trabalho do outro e o outro pelo seu, ele já vai te ouvir com mais cautela, com mais educação, com mais respeito e você também, facilita a relação, a tentativa de resolução” (Terra).

- respeito profissional;

“Eu acho que foi sim uma facilidade, porque a médica ela poderia reagir de uma forma diferente, poderia tentar se impor, como muitos profissionais fazem, principalmente, quando falam com você: ‘sou eu que determino, sou eu que faço, sou eu que admito, sou eu que dou alta’. O que eu percebi ai é que ela apesar de fazer uma reivindicação, ela respeitou o profissional, o tempo do outro, de terminar o procedimento, não criou conflito” (Orquídea).

“(...) mas eu também tinha uma boa relação com essa médica. Então, o outro facilitador é que ela apesar de estar questionando e tudo, ela soube esperar. Em determinado momento do procedimento eu falei: ‘espera aí só um pouquinho’, então, ela tem respeito pelo meu trabalho também” (Terra).

- colaboração e coleguismo entre os membros da equipe;

“Eu acho que uma facilidade, que eu até admiro muito e acho que é muito importante no trabalho da gente é ter um enfermeiro que a gente possa conversar, discutir e sentir apoio dele. No caso tinha uma colega na hora, as duas conversaram, as duas assumiram uma posição. Eu acho que isso é muito bom (...) às vezes o meu colega até nem vivenciou, então, para ele é até mais fácil de encaminhar as coisas. Eu acho que isso é uma facilidade, quando você tem apoio de um colega, eu acho isso muito importante, eu acho que é um facilitador” (Arco-Íris).

- dialogar e saber ouvir o outro;

“Eu acho que uma coisa que facilita é ouvir o outro, se você não conversar, se não conseguir de alguma forma tentar um diálogo para ouvir o conflito, você vai ter um conflito maior” (Orquídea).

Ressalto que alguns desses fatores facilitadores também foram citados, anteriormente, pelas enfermeiras da fase exploratória.

Observa-se que as facilidades mencionadas estão relacionadas a aspectos humanísticos do trabalho em equipe que, segundo CHIAVENATO (1994), começaram a ser desenvolvidos a partir da escola de relações humanas, iniciando um movimento nas

teorias administrativas, em que os estudiosos deixaram de enfatizar as tarefas e a estrutura, para focalizar as pessoas, como objeto central de suas pesquisas.

Com as mudanças e as transformações da sociedade contemporânea, outras abordagens gerenciais foram surgindo. No entanto, observa-se que a maioria ainda preserva alguns traços dessa abordagem teórica.

Nessa direção, SPAGNOL (2000) mostra em seu estudo que, após a implantação de um novo modelo de gestão na Santa Casa de Belo Horizonte-MG, as relações interpessoais estabelecidas nas unidades assistenciais, vêm fortalecendo o trabalho em equipe apoiado no desenvolvimento de valores como cooperação, respeito, confiança e união, visto que esse é uma estratégia que permite a troca de experiência entre os trabalhadores, tendo a oportunidade de discutirem conjuntamente os problemas do setor.

SHIMIZU e CIAMPONE (2004, p. 628) acrescentam, ainda, que dentre os diversos aspectos relacionados ao trabalho em equipe, um deles é a colaboração. As autoras salientam que

a ajuda mútua existente no grupo certamente contribui para a diminuição da sobrecarga e das tensões no trabalho. A disponibilidade para ajudar os colegas algumas vezes implica em ter de transgredir a divisão formal de funções, mas demonstra um estado de alerta com as necessidades do outro e uma visão de compromisso com o todo da unidade.

Outro fator importante a ser considerado na trama das relações conflituosas, que ocorrem nas organizações, é saber ouvir os colegas de trabalho com o objetivo de estabelecer um diálogo efetivo no grupo, na tentativa de analisar a situação e encontrar alternativas viáveis. Segundo CHAGUÉ (2003), os conflitos geralmente se instalam e se agravam porque os envolvidos na situação não se escutam. Sendo assim, o responsável pela equipe deve ter, antes de tudo, uma escuta mais compreensiva do que avaliativa.

Nessa perspectiva, “quando um líder experimenta um diálogo com o seu liderado proporciona a ele um sentimento de valorização e assim produzindo à espontaneidade e encorajamento dos trabalhadores” (LEITÃO e ARRUDA, 2004, p. 155).

Pondero que esses aspectos das relações humanas e do trabalho em equipe, citado pelas autoras e considerado pelas enfermeiras desse estudo, como fatores facilitadores para se lidar com situações de conflito, estão atrelados uns aos outros, formando uma espécie de cadeia seqüencial, onde um é conseqüência da falta dos demais. Isto, quer dizer, se a pessoa não escuta o outro, não pode dialogar, se não tem diálogo, não tem colaboração e coleguismo, se não há cooperação mútua, o entrosamento e o relacionamento interpessoal ficará prejudicado, gerando dessa forma diversas situações de conflito.

Portanto, é essa espécie de cadeia seqüencial que trabalhadores das organizações de saúde necessitam romper, dando espaço para o aparecimento de novos comportamentos e a criação de novas regras de convivência, permitindo que os elementos identificados tornem-se realmente fatores facilitadores na condução dos conflitos organizacionais.

Em relação às dificuldades encontradas pelas enfermeiras ao se depararem com situações conflituosas, essas profissionais relataram os seguintes fatores dificultadores:

- inexperiência e imaturidade profissional;

“Eu acho que uma dificuldade é que foi a primeira vez que ela (enfermeira) se viu naquela situação, nas primeiras vezes que a gente entra em contato com o conflito, ele realmente é mais difícil de ser resolvido, quando ele começa a se repetir, ele vai te dando ‘know how’, você vai tendo ‘know how’ para resolver. A imaturidade, o fato de ser recém-formado, pouco tempo na instituição, eu acho que são essas coisas assim. (...) então, às vezes eu vejo que essa imaturidade dificulta também a gente estar resolvendo problemas”
(Esmeralda).

“Acho que determinadas situações a gente não tem tanta autonomia ou pelo menos eu que ainda estou mais ou menos engatinhando, não conheço que grau de autonomia que eu posso ter em determinadas situações. Eu fico com receio de resolver determinadas coisas e aí eu vou lá pedir como se fosse assim: ‘mãe, pai, posso fazer isso, posso fazer aquilo’(...)” (Terra).

- não saber lidar com a hierarquia e a autoridade nas relações de trabalho;

“Uma dificuldade também que eu sempre tive e acho que ainda tenho é de exercer o papel que o enfermeiro tem no uso da autoridade. Eu tenho um pouco de dificuldade, porque apesar de que eu sei que eu posso pedir uma atividade, delegar uma atividade para a pessoa, mas às vezes eu tenho uma certa dificuldade. Se ela falar não, às vezes eu vou lá e faço, porque eu não agüento esse ‘não’, aí eu vou lá e faço”. E a minha dificuldade pessoal diante disso, porque eu não gostaria de ser tida como uma chefe que está lá em cima olhando e dizendo: ‘faz isso, agora para a esquerda, para a direita’. Eu detesto isso, eu não preciso ser amiga totalmente, nem ninguém ser meu amigo, mas, eu tenho que ter uma boa relação, porque uma hora eu preciso deles, assim como tem hora que eles precisam de mim (...)” (Terra).

- falta de instrumentos administrativos e de apoio da chefia;

“(...) eu acho que dificulta muito a vida da gente, porque você não tem instrumentos, não sei se para melhorar ou punir uma pessoa que não está desenvolvendo bem os deveres e as obrigações dele e você não tem também como beneficiar ou sei lá, premiar uma pessoa, um bom funcionário (...)” (Arco-Íris).

“(...) os mecanismos que dificultam são administrativos, institucionais, que são muito difíceis. Você não tem um apoio para estar tomando algumas decisões (...) mesmo que não seja autoritária, seja uma atitude de consciência, dentro das normas e das leis, visando inclusive garantir a assistência, você não tem esses mecanismos que te asseguram. Eu mesmo já tive uma situação que eu não tive apoio administrativo da chefia superior numa decisão tomada, que eu tive que voltar atrás da minha decisão (...) o funcionário faltou final de semana, um final de semana de meio de mês, onde a escala estava desde o início do mês afixada, simplesmente, ele falou que não viu o plantão. Eu dei falta e a falta foi retirada pela chefia superior. Ai teve um embate, não resolveu comigo, foi na instância superior e a falta foi retirada (...) eu não estava sendo arbitrária, eu tenho certeza que não estava, agora eu simplesmente cumpri meu papel, porque a assistência ficou a desejar (...)” (Esmeralda).

- dificuldade das pessoas ouvirem a palavra “não”;

“Falando nessas relações de trabalho é difícil você construir uma boa relação, mas é muito fácil você estragar, principalmente, na posição de enfermeira quando você diz um ‘não’ para alguém. E esse ‘não’ está relacionado ao trabalho mesmo, é uma questão institucional, que dependendo da reação da pessoa, você constrói uma relação de anos e no momento que você diz ‘não’, ele vira as costas para você, daí é capaz de: ‘se você for passar no passeio, ele atravessa a rua para não passar no mesmo passeio que você’. É um caso muito

interessante, eu observei isso, principalmente, quando você está num cargo de chefia, num cargo de coordenador, supervisor, aí você tem que chegar e dizer um ‘não’ para a pessoa e é assim: ‘eu quero folgar no natal e ano novo’ e quando eu digo: ‘não’. Ai pronto, ela não quer mais saber, ela conhece as regras, ela também conhece os seus direitos, mas naquele momento ela quer defender seus interesses. Essas situações de trabalho são difíceis de você manter(...)” (Orquídea).

“Ter que bater de frente com os outros tem hora que é complicado, você tem que ter argumentos, às vezes você está despreparado, não está nem pensando e é apresentada uma situação: ‘o que que eu vou falar?’ como é que eu vou às vezes negar, sem estar ofendendo o outro, isso é complicado, é como se eu estivesse pisando em ovos, você tem que ser muito cauteloso para você não ser mal interpretado, porque muitas vezes a gente é mal interpretada” (Terra).

As dificuldades apresentadas estão relacionadas a características pessoais dos trabalhadores tais como: inexperiência e imaturidade, não saber lidar com a hierarquia e a autoridade, ter dificuldade de ouvir a palavra não e também aspectos organizacionais como, por exemplo, a falta de instrumentos administrativos e o apoio da chefia nas tomadas de decisões. Na fase exploratória as enfermeiras também citaram, dentre outros, alguns desses fatores aqui mencionados.

Considero que a maturidade e a experiência profissional se constitui em um dos pontos fundamentais para que o enfermeiro possa conduzir adequada e satisfatoriamente as situações de conflito, uma vez que não temos fórmulas mágicas para lidar com essas situações. Penso que de alguma forma a dificuldade de lidar com a hierarquia e a autoridade, citada por uma das enfermeiras, em alguns casos pode estar associada à falta ou deficiência desses fatores essenciais no mundo do trabalho.

Nesse sentido, o aprendizado diário pode se caracterizar como um laboratório, que nos permite, paulatinamente, conhecer as pessoas, o ambiente e a organização do trabalho, bem como testar diariamente nossas condutas e formas de agir. Associado a isso, o enfermeiro precisa ter como um dos seus materiais de bolso, uma caixa de ferramentas³⁶ (instrumentais teóricos e de intervenção) que o possibilitará compreender cada vez mais as relações (conflituosas) sociais presentes no cotidiano organizacional.

Ouvir um não geralmente torna-se mais difícil para aquelas pessoas que priorizam seus interesses pessoais em detrimento dos interesses organizacionais. Esse tipo de atitude individualista provoca os conflitos de interesse que privilegiam a defesa de um ponto de vista específico ou quando o indivíduo quer de qualquer forma e a qualquer preço obter alguma vantagem.

Em uma organização do trabalho hierarquizado, como no caso da enfermagem, para que frequentemente os objetivos individuais não se sobreponham aos organizacionais, faz-se necessário que as chefias em determinadas situações mantenham uma certa homogeneidade em suas condutas, evitando, por exemplo, manipulações, contradições, desrespeito com o trabalho do colega, entre outros fatores que só reforçam cada vez mais o aparecimento de conflitos no trabalho.

Diante das dificuldades encontradas para lidar com situações de conflito e partindo do princípio que as enfermeiras exercem, no dia-a-dia, atividade gerencial, considero importante ter como ponto de reflexão o papel do gerente descrito por FALK (2000).

Essa autora refere que o gerente necessita proporcionar um clima de harmonia entre os indivíduos com personalidades conflitantes ancorado sempre no princípio de cooperação da equipe. Além disso, esse profissional tem como uma de suas funções “definir objetivos e organizar pessoas em torno desses objetivos, tomar decisões, lidar com frustrações e com risco de errar” (FALK, 2000, p.77). Dessa forma, enfatizo que é preciso

³⁶ Aqui estou me apropriando desse conceito que foi elaborado por MERHY (2002, p.155). Segundo o autor “a composição de uma ‘caixa de ferramentas’ para governar deve ser a mais eclética possível, deve conter essencialmente saberes e procedimentos de como as coisas devem ser feitas, o que remete para a compreensão do próprio saber-fazer como uma tecnologia vital para o agir governamental”.

aprender a lidar com as nossas frustrações, bem como compreender as dos membros da nossa equipe.

Conhecer as principais facilidades encontradas para lidar com conflitos reforça as condutas consideradas viáveis, adequadas e satisfatórias. Por outro lado, ter clareza das dificuldades contribui para o processo de reflexão acerca das deficiências, preparo e competência do enfermeiro para lidar com situações conflituosas vivenciadas pela equipe enfermagem.

5.2.6- Lidar com conflitos: tarefa (im) possível para as enfermeiras?

De acordo com o estudo de SAAR (2005), o que diferencia o enfermeiro dos demais integrantes da equipe de enfermagem, e, até mesmo de outros da equipe de saúde, é o fato desse profissional desenvolver atividades gerenciais no cotidiano. Isto quer dizer, que o seu trabalho vai além do ato de cuidar diretamente dos pacientes.

Respaldado pela Lei do Exercício Profissional- nº 7498/86 (BRASIL, 1986), o enfermeiro realiza diversas atividades gerenciais, como planejamento, organização e avaliação dos serviços de enfermagem mas, sobretudo, ele desenvolve a atividade de coordenação da equipe de técnicos e auxiliares, podendo ser considerado um gerente de relações interpessoais.

Nessa perspectiva, as enfermeiras pesquisadas apontaram que, muitas vezes, atuam como mediadoras da equipe de enfermagem sendo, constantemente, convocadas para resolverem ou darem respostas às situações conflituosas, ocorridas no ambiente de trabalho. São situações que geralmente não se tem uma solução imediata, apresentando-se de diferentes formas, desde simples problemas como, por exemplo, uma escala de atividades em que não há consenso na equipe, até questões mais complexas, como agressões entre os trabalhadores e maus-tratos aos pacientes, por exemplo, o abuso sexual relatado anteriormente.

É mais ou menos assim: ‘quando o bicho pega’³⁷ no setor, chama o enfermeiro que ele resolve. Como se ele tivesse a obrigação de ter todas as respostas imediatas, tiradas do interior de uma caixinha mágica ou de um livro de receitas, que ele pudesse consultar a toda hora.

FORTUNA (1999, p. 74), em seu estudo realizado com profissionais de saúde que atuam em Unidades Básicas do interior de São Paulo, verificou que “a forma instituída de lidar com os conflitos dentro do grupo é o de se solicitar a intermediação das chefias”. No caso da enfermagem inserida no contexto hospitalar, posso dizer que encontrei nesse estudo algo semelhante.

“(…) chamaram a Violeta (uma coordenadora técnica assistencial) e eu porque, tinha que resolver o problema da enfermagem que estava brigando e eu falei: ‘Violeta nós vamos com uma única condição: a gente não vai separar briga’. Não separo briga, ‘nós podemos até chamar o 190’, mas, apartar briga, eu não aparto, de jeito nenhum. Então, eu acho que a gente tem que tomar esses cuidados com a gente também” (Arco-Íris).

“(…) no setor que eu trabalhava, as meninas (técnicas de enfermagem) falavam: ‘Terra, os dois (pacientes pediátricos) estão brigando lá na sala, vai lá’. Aí eu falava: ‘ai meu Deus do céu vai sobrar para o meu lado. ‘Terra, aquela mãe é doida, chama alguém’. Aí eu ia lá: ‘ai meu Deus eu já não gosto de paciente psiquiátrico, estou perdida’. Aí é engraçado, ninguém dava conta aí eu tinha que fazer (...)” (Terra).

³⁷ O “bicho está pegando” é uma expressão popular utilizada informalmente pelas pessoas quando querem dizer que uma situação está difícil, complicada, não está havendo entendimento entre as pessoas e aparentemente não se tem uma solução de imediato.

“(...) eu sai extremamente mal desse conflito, porque na verdade eu entrei ali como coordenadora, tinha três enfermeiras presenciando e nenhuma delas tomou uma decisão. Isso foi o que mais me incomodou, não foi nem a briga deles (dois técnicos de enfermagem), acho que a briga deles foi horrível, mas, três enfermeiras estavam lá vendo e não tomaram uma decisão. E aí eu pergunto: até que ponto é a sua responsabilidade?” (Orquídea).

“A carta (uma denúncia de abuso sexual feita pela mãe de uma paciente que estava sedada) era enorme descrevia detalhes e eu nem tinha acabado de ler ainda, eu estava acabando de ler a carta, chegou o chefe do serviço de cirurgia para conversar comigo sobre o mesmo problema. Ele falou: ‘olha aconteceu isso, isso, isso, e eu quero saber o que você vai fazer’. Então, assim, eu realmente nesse caso, eu fui pega de surpresa, vou falar para vocês. Eu acho difícil pensar nesse assunto na prática profissional, agora, todo mundo quer uma resposta pela coordenadora, todo mundo te pressionando para responder (...)” (Orquídea).

Pelo fato de o gerenciamento de pessoal ser uma atividade reconhecida historicamente e respaldada legalmente como uma das funções do enfermeiro, na prática, esse profissional é visto pelos trabalhadores de saúde como o ‘chefe da equipe de enfermagem’, que deve responder pelo funcionamento do setor de trabalho e pela assistência prestada.

Outros fatores também podem influenciar para que os trabalhadores tenham essa visão, tais como: alguns enfermeiros apresentar um perfil centralizador e autoritário, ter enfermeiro vinte e quatro horas no hospital, estabelecer contato com diversos profissionais e setores da organização, além de ser um indivíduo que tem uma visão global do processo de trabalho.

Além disso, as marcas deixadas por algumas características da escola clássica tais como a centralização das decisões, eximindo os trabalhadores de algumas responsabilidades e a supervisão baseada no controle excessivo, também podem contribuir para que grande parte dos profissionais ainda tenha no seu imaginário a figura do enfermeiro como o ‘chefe’ que deve responder (sozinho) pelos erros e acertos, mas principalmente pelos erros da sua equipe, tendo que tomar decisões (também sozinho) mediante um problema ou uma situação de conflito vivenciados pelos demais trabalhadores da enfermagem.

Apesar de o trabalhador de saúde, inclusive o da enfermagem, exercitar o “auto-governo” (MERHY, 1997 c, p. 76 e 77), ou seja, possui capacidade e certa autonomia para “decidir coisas” relacionadas ao seu trabalho sem necessariamente, em alguns momentos, “prestar conta do que e do como está atuando”, concordo com AGOSTINI (2005, p. 83) quando diz que a equipe de enfermagem ainda “depende do enfermeiro para dar a palavra final” em diversas situações.

Nesse sentido, entendo que há um casamento, nem sempre declarado, entre o desejo de centralização do enfermeiro relacionado a algumas questões no trabalho e a necessidade de dependência dos demais trabalhadores da enfermagem em relação a esse profissional, que geralmente está ligada a determinadas situações problemáticas, pois querem se eximir das conseqüências resultantes das decisões tomadas.

Buscando problematizar um pouco essa questão, nesse caso específico sugiro o divórcio, isto é, proponho sairmos (nós, enfermeiros, técnicos e auxiliares) desse ciclo vicioso, para termos condições de construir nossas relações de trabalho em outras bases, subsidiadas, agora, em valores como: confiança, cooperação, responsabilidade compartilhada, respeito, ética e transparência, permitindo (re) construir a trama das relações entre os enfermeiros e demais membros da equipe.

É pensar, por exemplo, na função gerencial “como produção intersubjetiva” e isso “significa expor-se a essa experiência da intersubjetividade, e para se expor é preciso suportar estar aí (não no além, no lugar de chefe instituído)” (CAMPOS, R.O., 2003, p. 138).

Durante os encontros percebi que, em alguns momentos, as enfermeiras questionaram o seu lugar de chefe instituído, se desvelando e desvelando um de seus nós. Elas disseram explicitamente: “não somos e não estamos preparadas para lidar com as situações conflituosas, que emergem no cotidiano de trabalho”. Mesmo sendo solicitadas freqüentemente para solucionarem essas situações.

Mediante diversos casos, que geralmente não envolveram questões técnicas de enfermagem, mas problemas de relacionamento interpessoal, essas profissionais deram um grito de socorro. Pediram ajuda.

Na tentativa de resolverem ou eliminarem determinados tipos de conflitos, decidiram encaminhar ou solicitar ajuda de um terceiro, o psicólogo da Diretoria de Recursos Humanos do hospital (DRH), pois de acordo com seus discursos, esse é um profissional que foi e está preparado para enfrentar, bem como conduzir questões problemáticas, ligadas ao relacionamento humano.

“(...) eu falei para elas (duas técnicas de enfermagem que se agrediram no meio do corredor de um determinado setor): ‘eu não tenho condições, eu não tenho formação para resolver problemas pessoais, não tenho, isso é com o psicólogo. Na DRH tem psicólogo que acompanha funcionário e eu estou mandando vocês duas para lá e vocês vão discutir lá o que aconteceu, porque vocês são pessoas boas’ e falei a parte boa que cada uma tem: ‘vocês são boas profissionais, tecnicamente eu não tenho nada contra, mas o comportamento foi péssimo (...) eu não tenho competência profissional para resolver isso, se for alguma coisa técnica, fazer treinamento, alguma coisa de enfermagem, tudo bem, mas relacionamento pessoal a esse ponto, não” (Arco-Íris).

“(...) no fundo a gente não tem determinados preparos, você não tem preparo de assistente social, de psicologia, de psiquiatria, para poder ir lá e atender uma mãe surtando, querendo matar a outra, fazer isso e aquilo. Então, é bem complicado” (Terra).

“(...) são situações que você diz assim: ‘até que ponto você vai deixar? Eu concordo com a Arco-Íris, eu não estou no hospital para separar briga e falo mais, se quer bater eu vou deixar quebrar tudo, chamo o segurança, depois eu atendo o doente, essa é a minha política: ‘você quer bater, você quer brigar, você quebra tudo que quiser, menos eu, porque eu estou aqui para trabalhar, não é para ser agredida. Então, essa é a minha posição e isso vale para acompanhante e para os vários profissionais. Mas, o que a gente percebe às vezes é essa falta de saber o que fazer, isso às vezes te coloca numa situação extremamente delicada (...)’ (Orquídea).

“Eu falo: ‘oh, gente vocês podem fazer o que quiserem, porque eu não dou conta, eu estou aqui para cuidar de meninos (pacientes pediátricos)’ (Terra).

“Eu falei essa questão dos conflitos do pessoal (da equipe de enfermagem de um determinado setor) que eu não estava dando conta de resolver e o pessoal estava insistindo muito e que eu achava que era interessante sim, reunir, discutir, mas eu não tinha condições de resolver esses problemas. Ai a gente fazia reuniões todo mês e eu fui percebendo que nas reuniões era um ficar jogando pedra no outro. E ai estava ficando muito complicado, eu não estava dando conta daquele negócio e a gente tinha uma proposta de fazer uma reunião no sábado (...) ai eu

fui na DRH e pedi para a psicóloga participar e fazer uma dinâmica mesmo” (Arco-Íris).

“Eu tenho muita tranquilidade para falar do que eu dou conta e o que eu não dou conta. Eu tenho muita tranquilidade para falar disso e tenho muita tranquilidade para medir até onde eu posso ir, que eu consigo ir, de uma forma legal, não me prejudicando, nem prejudicando as outras pessoas” (Arco-Íris).

“Porque eu acho que a gente tem que ter certeza também e muitas coisas não são da minha competência. Elas são da competência de outro profissional. Então, meu papel aí era conversar com ele (técnico de enfermagem) sim, ouvir sim, mas julgar e chegar a conclusões, não era o meu papel” (Orquídea).

“(…) mas realmente você não dá conta dessas discussões e intrigas do dia-a-dia, de picuinhas de Fulano, tem coisas que realmente a gente não dá conta, não está preparada para isso. Então, são situações complicadas” (Esmeralda).

“(…) hoje eu vejo como uma forma de estar trabalhando, de estar buscando estratégias com pessoas e profissionais adequados para dar respostas que eu não dou conta de dar no meu trabalho. Eu acho que o psicólogo é um profissional que deve ser aproveitado nesse momento. Eu acho que ele deve ser aproveitado e eu acho que a gente lança mão pouco dos recursos que a gente tem na instituição. Eu não tenho formação para poder conduzir um grupo, numa discussão, que tem pessoas divergentes entre elas, divergentes na forma de trabalhar, eu não tenho essa formação para estar fazendo isso” (Arco-Íris).

Mas, gerenciar relações humanas não é uma tarefa fácil mesmo. Ter que lidar com diversos tipos de comportamentos, jogos de interesses, conchavos, ciúmes, competições, enfim, compreender os nós e a configuração da trama relacional, exige muito esforço. Esforço de aprendizado, de mudança e rompimento com os instituídos presentes e cristalizados no interior de nossos corpos e das organizações que estamos inseridos. Esforço para (re) significar nossa singularidade e os modos de gerir o trabalho na enfermagem e na saúde.

Sendo assim, não podemos (nós, enfermeiros) esquecer que somos gerentes de relações. E como todo bom gerente, além do esforço, precisamos ter experiência profissional e uma caixa de ferramentas contendo instrumentais teóricos e de intervenção que nos permitam diagnosticar, explicitar e analisar, conjuntamente, os nós da trama de conflitos, para então, decidirmos os encaminhamentos necessários.

FERRAZ (2002, p. 105), ao descrever o trabalho de intervenção que realizou em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto-SP, destacou a efetiva atuação do psicólogo na área organizacional, uma vez que as equipes gestoras puderam “desfrutar do enriquecimento das análises e mediações de conflitos através da participação” de profissionais dessa categoria, propiciando o aumento da capacidade de entendimento grupal.

Portanto, em diversas situações de conflito, mesmo que haja a intervenção de um terceiro, por exemplo, o psicólogo da DRH, é importante que essa seja uma decisão assumida coletivamente. E aqui eu não estou sendo ingênua de achar que em todas as situações e em todos os momentos temos que agir de forma coletiva, pois, determinados casos, ocorridos em determinados contextos, precisam de solução e decisão imediata por parte do enfermeiro.

Ter dificuldade de lidar com as relações humanas é apresentar deficiências no manejo das tecnologias leves, descritas por MERHY et al (1997) como tecnologias de relações. Complementando essa definição, FERRAZ (2000, p. 94) menciona que esse tipo de tecnologia trata das “inter-ações, as quais operam com idéias, sentimentos, valores existenciais, culturais, emoções”.

Nessa direção, os discursos das enfermeiras revelaram que, mesmo sendo gerente de relações, apresentam dificuldades para lidar com esse tipo de tecnologia presente no trabalho. No entanto, afirmaram que não encontram problemas para trabalhar com algumas tecnologias leve-duras que, segundo MERHY (2002), retratam certos saberes tecnológicos como a clínica, a epidemiologia, o taylorismo, ente outros. E com as tecnologias duras, representadas, por exemplo, pelos equipamentos, máquinas, normas, rotinas e estrutura organizacional dos serviços de saúde.

“(...) isso que você falou de fazer treinamento, acaba que a gente (os enfermeiros) faz, a gente faz muito mesmo, mas treinamento técnico, essa área de relacionamento a gente não faz” (Arco-Íris).

“(...) você percebe muito bem que a maioria dos erros, dos equívocos profissionais, e é um percentual alto, é decorrente de um despreparo da pessoa em estar executando a atividade e ai você vê que em muitos momentos, não é um despreparo técnico, mas, um despreparo do ponto de vista crítico, do ponto de vista da reflexão, do ponto de vista do ouvir o outro, do ponto de vista de querer impor (...) ai eu estou falando de um despreparo não técnico, mas de um despreparo enquanto relação humana, porque eu enquanto ser humano eu não vou obrigar a ninguém a nada, eu enquanto ser humano não vou ser obrigado a nada. Eu posso me sujeitar as normas, eu posso analisar os prós e os contras e decidir por aquilo que me é mais conveniente, mas eu tenho liberdade de escolha e o que a gente percebe é que às vezes a pessoa não tem nem consciência disso. ‘Isso é regra e eu tenho que fazer’. Então, você tem que trabalhar quem está chegando não só a competência técnica, mas no sentido crítico, no sentido de questionar (...)” (Orquídea).

“(...) Porque o que eu tenho visto até hoje é um despreparo muito grande, a pessoa enquanto ser humano ela não tem preparo para lidar com as relações humanas. A escola também não prepara e chega no ambiente de trabalho e você tem que dar conta, aí você vai pedir um suporte, por exemplo, um apoio psicológico, uma terapia, a instituição também não fornece isso. Ela (a instituição) só vai auxiliar a pessoa quando ela está chegando no final, quando ela já foi afastada, ou está com laudo psiquiátrico, quando ela não está boa (...)” (Orquídea).

“(...) Por isso, que o enfermeiro tem que ter senso crítico e de vez em quando ele tem que parar, ninguém vai morrer, gente! Ninguém vai morrer, porque o enfermeiro ficou duas horas numa reunião, se ele orientou bem o técnico, o auxiliar: ‘olha estou em tal lugar, liga para lá e me chama se houver alguma coisa (...)’ mas, o enfermeiro não dá conta de parar para pensar e programar o trabalho dele” (Arco-Íris).

“Eu não sei, mas eu sinto o enfermeiro muito tarefeiro. Eu até falo que é engraçado, quando a gente faz cálculo de pessoal você só calcula atividades de assistência, você não calcula em momento nenhum reuniões, palestras, estudos, pesquisa (...)” (Arco-Íris).

“Na última gestão que eu participei na DTE, quatro (4) ou cinco (5) anos atrás, eu ouvia muito quando a gente terminava a reunião, os coordenadores juntava as agendas e falavam: ‘nossa senhora deixa eu ir trabalhar’. Eu falava: ‘espera aí, mas a gente não estava trabalhando?’ (...). então, assim, eu acho que o enfermeiro é muito equivocados do que seja trabalho” (Arco-Íris).

Eu já desconfiava e os discursos confirmaram o quanto ainda desenvolvemos nosso trabalho centrado nas tecnologias duras e em algumas do tipo leve-duras. Sabemos manusear respiradores, programar bombas de infusão, aplicar injeções, realizar sondagens, redigir memorandos, planejar treinamentos técnicos, elaborar protocolos assistenciais e escalas de serviço, enfim, não temos grandes problemas para lidar com esse tipo de saber tecnológico.

Entretanto, para operacionalizar o processo de trabalho em saúde e na enfermagem, precisamos também utilizar e ter certo domínio das tecnologias leves, que nos permitem conhecer e muitas vezes até desatar os nós da trama de relações tecida diariamente no contexto organizacional, revelando, assim, as distintas ‘forças vivas’ presentes no dia-a-dia do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde.

Então, será que somos, predominantemente, gerentes de tarefas ou gerentes de relações?

Na tentativa de ensaiar uma resposta para essa questão, penso que as lentes dos nossos óculos ainda estejam focalizando demais o modelo clássico de organização e gestão, que possibilita centralizar o trabalho nas tarefas, nos procedimentos, na estrutura organizacional, nas normas e rotinas, desviando assim, o nosso olhar das relações que são constituídas diariamente nos diversos espaços intercessores³⁸ produzidos no ambiente de trabalho.

Sendo assim, será que é possível invertermos a lógica? Isto é, sermos, predominantemente, gerentes de relações e não gerentes de tarefas?

Para nos ajudar a refletir sobre essa questão, encontrei na caixa de ferramentas a seguinte citação de FERRAZ (2000, p. 94)

conformamos a existência de um imperativo para os enfermeiros na atualidade, ou seja, o de provocar uma inversão da lógica da administração em enfermagem sustentada na Teoria Geral da

³⁸ Merhy utiliza esse termo para designar “o espaço de relação que se produz no encontro de ‘sujeitos’ (...). Para o autor “o espaço intercessor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas (MERHY, 1997 b, p.134).

Administração. Empregamos o termo inversão em decorrência de que ao longo desse século o gerenciamento em enfermagem foi majoritariamente marcado por ações relativas aos saberes tecnológicos de natureza dura, assim estivemos essencialmente preocupados em cuidar da estrutura funcional das unidades de internação. Inverter significa então tomar com maestria as tecnologias leve e leve-dura, mesmo porque essas acolhem de forma mais apropriada o saber específico do enfermeiro.

Talvez essa seja uma das respostas que precisamos analisar e escutar.

Até porque, os discursos das enfermeiras mostraram que mesmo não tendo certo preparo para lidar com as tecnologias leves, o tempo todo são solicitadas para mediar situações conflituosas no trabalho. E mais, ocupando, naturalmente, muitas vezes o papel de ‘psicólogas’ da equipe de enfermagem, mesmo discordando e entendendo que elas não têm competência para assumir esse papel.

SAAR (2005, p.95) constatou, por meio dos discursos dos sujeitos da sua pesquisa, que, apesar de o enfermeiro apresentar traços rígidos de um profissional disciplinador e autoritário, na maioria das vezes, ele desenvolve seu trabalho pautado em princípios humanísticos, percebidos tanto na sua relação com os pacientes, quanto com os demais trabalhadores da saúde, os quais o visualizam como “um profissional mais receptivo”, portanto, “mais fácil de trabalhar”.

Essa receptividade e abertura são características importantes, encontradas no perfil do enfermeiro, e talvez seja um dos fatores que contribui, significativamente, para que os demais trabalhadores da equipe de enfermagem se aproximem desse profissional para lhe pedir ajuda, relacionada a diversos problemas quer sejam pessoais, profissionais e/ou familiares.

“(…) às vezes o pessoal estava tenso, por alguma situação, ai vem e brinca, bate na mesa, eu falo: ‘opa, espera ai! Eu não vou resolver coisas com quem grita e bate na mesa’, ‘vai você mesma e pega e xinga o médico, não vem querer passar por mim que eu não sou filtro,

não’. (...) a técnica falou assim: ‘Terra, mas você é psicóloga da gente’. Eu falei assim: ‘eu? estou fora, não sou psicóloga de ninguém’, psicólogo não escuta tapa na mesa, grito e tudo mais” (Terra).

“Mas, nessa instituição, muitas vezes, você faz o papel de psicólogo, você ouve o funcionário, você ouve o funcionário contar histórias absurdas da vida pessoal dele e você fala: ‘meu Deus será que eu tenho capacidade de estar ouvindo isso?’ ‘Por favor procure um ouvido especializado para te escutar’. Eu falo que é para procurar o psicólogo ou o psiquiatra. Porque assim, eu ouço, mas não concordo de ajudar a resolver os problemas. Mas, a gente faz esse papel sim, o que eu tenho passado no meu setor de trabalho, vocês nem imaginam, são casos tristes, muito tristes” (Pérola).

“Eu concordo, mesmo você não sendo, você muitas vezes passa por psicólogo (...). Agora eu falo assim: ‘procura uma ajuda especializada, procura um psicólogo, um psiquiatra (...)’ (Orquídea).

Concordo com as integrantes do grupo que nós, (enfermeiros), não temos que assumir o papel de psicólogos, mas não podemos esconder, mascarar e mesmo fugir do nosso papel de gerente de relações interpessoais.

Precisamos ‘nos assumir’ e não ‘sumir’ quando nos deparamos com questões problemáticas e conflituosas. Assumir, que somos gerentes de relações, pois, temos sob nossa responsabilidade legal, mais duas categorias profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem), que tecem o tempo todo relacionamentos conosco, entre si, com os pacientes e com os demais trabalhadores da saúde. Além de suas relações externas ao ambiente de trabalho (familiares, amorosas, de amizade, etc).

Percebe-se que nem sempre esses relacionamentos são tranquilos e harmoniosos, mas muitas vezes podem ser agressivos e turbulentos, devido a nossas inseguranças, interesses, dúvidas, medo, arrogância, entre outras características pessoais do ser humano. Como citei anteriormente não somos robôs, temos sentimentos.

Por isso, penso que temos certa responsabilidade conosco e com esses profissionais. Não somos psicólogos, mas precisamos nos capacitar e nos qualificar para desenvolvermos algumas competências e habilidades para lidar com as relações humanas.

Concordo com FALK (2000, p. 45), quando diz que temos clareza e não colocamos em dúvida a competência técnica de cada profissional, visto que todos os indivíduos reconhecem que cada trabalhador necessita ser competente em sua área específica de atuação.

Entretanto, precisamos investir seriamente no desenvolvimento da nossa competência interpessoal definida como “a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências da situação” (MOSCOVICI, 2003, p. 36).

Nessa perspectiva, também considero importante os conceitos de núcleo e campo elaborados por CAMPOS (2000 b) para que possa nos ajudar a compreender melhor como se dá a constituição dos nossos saberes e (re) pensar a organização das nossas práticas. Segundo o autor

núcleo é como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromissos com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000 b, p. 220).

Portanto, pode-se dizer que na nossa profissão o núcleo, por exemplo, seria o conjunto de conhecimentos que embasam cientificamente os procedimentos e técnicas de enfermagem, realizadas na prestação do cuidado aos pacientes, bem como a administração,

uma ciência que fornece meios e instrumentos de gestão, os quais permitem a enfermeira organizar e coordenar o processo de trabalho da enfermagem nas organizações de saúde.

Em relação ao campo, penso, que para desenvolvermos nossa competência interpessoal, seria necessário buscar e nos apoiar em conhecimentos de outras disciplinas tais como filosofia, psicologia, sociologia, administração de recursos humanos, entre outras, que possam nos instrumentalizar com teorias e práticas, a fim de assumirmos e cumprirmos (sem receio) nosso papel de gerente de relações.

Tendo em vista essas considerações teóricas eu pergunto: qual é o problema de sermos profissionais sensibilizados e com habilidades para perceber, escutar, analisar e quem sabe até aconselhar em alguns momentos, os trabalhadores que nos procuram solicitando ajuda por diversos motivos, principalmente, quando estão envolvidos em alguma situação conflituosa? Penso que nenhum, desde que tenhamos clareza dos nossos limites e deficiências, para agirmos profissionalmente, com ética e justiça, sem ter medo de errar ou estar ocupando o lugar de outros profissionais.

Os relatos das enfermeiras mostraram que a equipe de enfermagem, o tempo todo, apresenta demandas que, na maioria das vezes, estão ligadas ao tipo de relação que estabelecem com os diversos atores (paciente, outros trabalhadores, familiares, dirigentes, etc) no processo de trabalho e à algumas características da profissão, tais como: o fato de estar lidando com a vida e com processos de cura, de um lado e de outro estar lidando com o sofrimento e a morte (que nem sempre é aceita por todos).

Dessa forma, a enfermagem, além de ser um trabalho prazeroso, também pode ser considerada um trabalho árduo, duro, que causa estresse físico e psicológico. Isso, sem dúvida, também contribui, significativamente, para que apareça no cotidiano de trabalho problemas e necessidades que se apresentam como demandas da equipe de enfermagem relacionadas a fatores tais como: empatias, estresse, medo, angústia, tristeza, entre outros. No cotidiano de trabalho, essas demandas precisam (urgente) ser escutadas e trabalhadas, quer seja de forma individual ou coletiva.

Nessa direção, constata-se que algumas tentativas de intervenção foram realizadas por algumas enfermeiras, a fim de discutirem com a equipe questões ligadas ao trabalho e ao relacionamento interpessoal, mas por alguns motivos essas foram interrompidas, não se efetivando na prática.

“Ela (coordenadora de enfermagem) pediu via Hospital das Clínicas, via Recursos Humanos, um atendimento para profissionais da enfermagem, porque tinha muita gente literalmente surtando, porque menino (paciente pediátrico) estava morrendo, funcionária estava grávida e viu o menino morrer; um menino de 19 anos, que internou lá, os pais dele falaram assim: ‘não vai fazer nada, vai deixar morrer’. Ai todo mundo ficou extremamente chocado de ver um menino de 19 anos que teve uma doença aguda e eles assistiram o paciente pela manhã e ele morreu à tarde e ninguém fez nada. Então, foi motivado por situações reais (...) então, o grupo tinha uma demanda sim, uma demanda do grupo e ela (coordenadora de enfermagem) atendeu uma demanda do grupo, ela fez essa solicitação” (Orquídea).

“(...) surgiu um rapaz estudante de psicologia lá no meu setor e elas (técnicas de enfermagem) conversaram com o rapaz e queria arrumar um jeito dele ser o psicólogo, tipo o ‘psicólogo da enfermagem’ e falaram que eu ia conversar com ele para autorizar (...) ele queria ir lá para poder atender aos pacientes, ou às mães dos pacientes, mas as funcionárias elas queriam de todo jeito (...). Elas se sentiam tão tensas em vários momentos, porque são muitos pacientes, pacientes que às vezes não deveriam nem estar naquele setor, mas no CTI pediátrico e estavam ali com a gente. Então, era uma tensão grande e elas se

sentiam às vezes com receio, com medo de acontecer alguma coisa, por excesso de trabalho e queria que tivesse um psicólogo para todo mundo, ai um dia elas falaram: ‘mas você que é a psicóloga da gente. E eu falei: ‘pelo amor de Deus’. Porque você imagina se a gente tem que ter tanta responsabilidade para ser psicólogo. Mas, é uma demanda necessária aqui no hospital, não só para a enfermagem, para todo mundo que trabalha no hospital em determinados setores mais trabalhosos, mais conflitantes, elas (as técnicas de enfermagem) precisam de uma ajuda, de um apoio mesmo” (Terra).

“Agora eu recentemente, recentemente assim, tem menos de um ano que eu vivi uma situação que o pessoal da equipe de enfermagem, estava reivindicando reuniões, porque o coordenador anterior não fazia reuniões de jeito nenhum, detestava reuniões, não fazia reuniões, não reunia o pessoal. Ai o pessoal falando que precisava, que tinha que ter reunião, que tinha que discutir. Ai a gente fazia uma reunião todo mês. E eu fui percebendo que nas reuniões era mais um ficar jogando pedra no outro. E ai estava ficando complicado (...)” (Arco-Íris).

“Eu comecei fazer uma coisa muito parecida no meu setor, onde nós fizemos uma programação para a equipe de enfermagem onde a gente ia trabalhar temas de relações humanas. Ai nós montamos um cronograma, a gente convidou o Recursos Humanos, ai o Recursos Humanos confirmou as psicólogas, nós convidamos alguns professores da Universidade, inclusive o Dr. Sol foi um dos professores que deu uma palestra para a gente, nós convidamos o serviço de psicologia, não só do

Recursos Humanos, mas da Universidade, as pessoas deram palestras, inclusive uma psicóloga, ela veio falar sobre as relações de conflito. Então, assim, foi uma experiência muito interessante, só que não foi adiante, até porque também mudaram-se os interesses, mas o pessoal que participou desses encontros consideraram positivos (...) quando você trabalha relação humana, de certa forma é sempre puxar para a realidade das pessoas, começa a trabalhar as relações de conflito que eles vivenciaram no próprio setor de trabalho. Então, isso era discutido, até para você ter uma visão diferente, para você ter uma visão do outro, eu achei que foi uma experiência boa, mas não foi possível dar continuidade” (Orquídea).

SHIMIZU e CIAMPONE (2004, p. 629) demonstram em seu estudo

a necessidade de criação de espaços institucionais que proporcionem maior interação entre os membros da equipe, onde os sujeitos possam verbalizar os sentimentos de ansiedade, de insatisfação, de dor, de insegurança e de conflito, vivenciados nas relações com os pacientes, com os familiares, com a equipe de trabalho e com a instituição.

Pode-se dizer que, de alguma forma, aproximamos-nos (as enfermeiras e eu) do que foi proposto pelas autoras citadas. Ao constituirmos, coletivamente, o dispositivo de análise tivemos a oportunidade ouvir, falar e acima de tudo, escutar diversos ruídos institucionais. Isto nos possibilitou, a partir de múltiplos olhares interessados e implicados, configurar a trama de conflito tecida cotidianamente e vivenciada pela equipe de enfermagem no HC-UFMG, permitindo identificar e compreender sua forma, contornos e cores.

5.3- O dispositivo socioanalítico: um analisador construído

De acordo com MONCEAU (1996), o próprio dispositivo de intervenção socioanalítica é considerado um analisador construído, pois, quando se instala interfere no funcionamento habitual das relações e dos processos organizacionais.

Tendo em vista a citação do autor, nessa investigação, o dispositivo de análise utilizado, também pode ser considerado um analisador construído, pois, permitiu às enfermeiras analisarem sua prática profissional, revelando implicações e transversalidades, instituídos e instituintes presentes na organização hospital que no cotidiano é atravessada pelas instituições enfermagem e medicina.

5.3.1- Desvendando o hospital público: uma organização atravessada principalmente pelas instituições medicina e enfermagem

Na busca de compreender as situações de conflito vivenciadas pelas equipes de enfermagem inseridas no Hospital das Clínicas-UFMG, os discursos das enfermeiras confirmaram a importância de se entender não só os aspectos grupais, mas também a dimensão institucional, quando nos propomos analisar determinado aspecto da realidade social, como por exemplo, o objeto de estudo dessa investigação.

Retomando o conceito de instituição concebido na corrente teórica da análise institucional, pode-se dizer que o HC-UFMG é uma instituição social, dotada de uma organização jurídica, ou seja, uma forma social dinâmica que possui leis, normas e estatutos, mas é atravessada o tempo todo por outras instituições, principalmente a medicina e a enfermagem.

LOURAU (1993, p.11) enfatiza que, para os estudiosos da análise institucional, o conceito de instituição não está reduzido, por exemplo, a um prédio, ou seja, à idéia de algo objetivo e concreto como é visto por grande parte dos indivíduos. Segundo o autor, nessa abordagem teórica, a “instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória constituindo-se na (e em) história ou tempo”. Portanto, é um conceito concebido “como dinamismo, movimento, jamais como imobilidade”.

Na mesma linha de raciocínio, PEREIRA (2004, p. 57) identificou que no discurso dos institucionalistas

o termo instituição sai do imobilismo dado pela ligação com o estabelecimento ou a organização, que apenas ocupa um espaço físico com suas normas e leis, para um sentido vivo e ativo das relações sociais.

Compreender o HC-UFMG na perspectiva do conceito de instituição, apresentado na abordagem teórica da análise institucional, nos ajuda a entender melhor a macropolítica hospitalar e a micropolítica dos setores de trabalho, visando apreender cada vez mais os fatores desencadeantes de situações de conflito no contexto organizacional.

Portanto, inspirada nessas considerações teóricas, verifiquei que o dispositivo de análise permitiu desvendar a ‘instituição hospital público’, denominada nesse estudo-Hospital das Clínicas-UFMG-, visualizando o movimento dialético entre o instituído e o instituinte, por meio da trama das relações que se constitui no dia-a-dia, do seu modelo de gestão, da estrutura organizacional, do funcionamento cotidiano e das características dos setores de trabalho.

Basicamente foi no último encontro que as enfermeiras trouxeram para a análise algumas questões relacionadas à reorganização administrativa-gerencial, iniciada no HC-UFMG, a partir de 1999. Seus discursos revelam que no processo de institucionalização desse novo modelo, existem aspectos positivos e negativos que interferem no processo e nas relações de trabalho, o que muitas vezes podem desencadear situações conflituosas.

“(...) o hospital está agora com essa estrutura de Unidade Funcional, as Unidades Funcionais elas funcionam como colegiados (...) e nessas reuniões eu acho que seria um momento bom para estar pontuando determinadas questões que envolvem conflitos das profissões (...) eu acho que a gente tem que resolver lá (no setor de trabalho) um com o outro, mas tem questões que tem que

ser jogadas lá nas reuniões de Unidades Funcionais, senão para que existem essas Unidades Funcionais, só para angariar dinheiro?” (Pérola).

“São poucas as Unidades que funcionam como o projeto realmente foi previsto, foi criado, elaborado. A gente sabe que são exceções as Unidades Funcionais em que os coordenadores realmente foram eleitos, porque é o chefe do serviço que é o coordenador médico da Unidade Funcional, que é o gerente da Unidade Funcional (...) Então, tem chefe de Unidade Funcional que não aceita que determinada clínica esteja na Unidade Funcional dele, e aí o que ele faz? Ele abandona aquela clínica, entre aspas, não dá a menor importância para aquilo e não vive o contexto todo da Unidade Funcional (...)” (Águia).

“Eu percebo que a gente está vivendo um outro modelo gerencial que é a questão das Unidades Funcionais e hoje o que ficou muito evidente é a preocupação, realmente, com o custo e não com a qualidade e isso é uma coisa que é difícil de você questionar. O que a gente percebe hoje é que isso interfere diretamente na qualidade, não que eu tenho que trabalhar com qualidade e não me preocupar com o custo, não é isso, nenhuma instituição ela vai se manter se você não se preocupar com o custo. Mas, o que às vezes me parece é que as pessoas estão exagerando na questão do custo e aí não importa mais a técnica, desde que você economize, isso é uma coisa que eu tenho questionado um pouco. E situações assim que te deixam até num certo mal-estar quando a pessoa vira para você e fala assim: ‘olha, nós não temos, a verba acabou’ e aí você se vira, você tem que se virar para atender o doente

que está internado. É complicado, mas hoje a gente está vivendo isso” (Orquídea).

“Eu acho que hoje o hospital vive um momento muito diferente que é em relação às Unidades Funcionais. Ele está muito fragmentado, com a Unidade Funcional. Eu não posso pedir nada emprestado para a Orquídea no setor dela porque vai onerar o centro de custo dela e ela tem que justificar. Hoje fica todo mundo numa neura de emprestar uma coisa para o outro. Eles emprestam, mas, tem cobrança (...) mas, também melhorou porque as pessoas sabem porque sai o material, o que precisa ter, mas, também é difícil, porque na hora da urgência, quando você está na urgência você pensa primeiro no que tem (o material) e o outro não pode te socorrer (...) e uma coisa que eu acho que vai fragmentar mais ainda, que eu li uma correspondência que as Unidades Funcionais vão ter que ter o seu logotipo. Então, o hospital vai perder a cara dele, a cara do Hospital das Clínicas (...) a Orquídea lá no setor dela vai ter um, a CME vai ter um, o Centro Cirúrgico vai ter outro. Então, cada um vai querer fazer o mais bonito, o maior, o que mais vai aparecer, são umas coisas que em vez de unir, fragmenta um pouco e isso gera muita insatisfação (...) mas também tem coisas boas sim, eu acho que as pessoas tem que estar mais comprometidas com o trabalho, acaba com essa coisa de funcionário público de não dar resultados (...)” (Esmeralda).

Dentre as mudanças ocorridas no HC-UFMG, os discursos das enfermeiras evidenciaram as mudanças de caráter mais estrutural, pois, uma nova estrutura organizacional foi implantada neste hospital.

O hospital foi dividido em Unidades Funcionais, que são áreas de trabalho, que possuem um gerente para coordenar todas as atividades ali desenvolvidas. Portanto, o novo organograma foi proposto com base no princípio da descentralização administrativa.

FERRAZ (1995) defende essa idéia de estruturas descentralizadas, pois acredita que nessa proposta, o trabalhador poderá valorizar ainda mais o seu trabalho, visto que as decisões para os problemas locais estarão mais próximas da realidade vivenciada.

Nessa perspectiva, o modelo de gerência implantado no HC-UFMG tem como uma de suas apostas buscar novas diretrizes para as relações de trabalho, utilizando estratégias que possam proporcionar o compartilhamento de idéias e de soluções para os problemas organizacionais, constituindo locais concretos de produção de subjetividade e busca de autonomia dos trabalhadores, como por exemplo, os Colegiados Gestores das Unidades Funcionais.

Este movimento de mudança pode ser considerado um instituinte presente no Hospital das Clínicas-UFMG, sendo que diversos fatores políticos, sociais, culturais, bem como aqueles relacionados aos interesses grupais e institucionais, podem interferir de forma significativa na institucionalização das forças instituintes.

Os discursos evidenciam a distância existente entre o que está estabelecido no projeto elaborado e o que de fato acontece, na realidade, evidenciando a dinamicidade da instituição que vivencia processos de mudança. Ora, encontram-se aspectos previstos no projeto que não tem validade prática, mas legalmente é este documento que está em vigência, ora observam-se situações que estão acontecendo, mas que não foram previstas na concepção do novo modelo de gerência proposto.

Portanto, de acordo com o conceito de instituição de LOURAU (1975), pode-se dizer que a 'instituição hospital', apresenta um cotidiano que não é linear e nem homogêneo, mas sim, constituído por movimentos dialéticos. Neste sentido, os dirigentes e os trabalhadores desta organização necessitam compreender e analisar, constantemente, este contexto dinâmico, para criarem de fato legitimidade na implantação do novo modelo de gestão.

As enfermeiras apontaram a existência de diferenças entre o hospital público e o privado. Para elas os hospitais públicos apresentam uma baixa preocupação com a eficiência do processo de trabalho e com seus resultados.

Apesar da implantação de um modelo gerencial descentralizado, o HC-UFMG, ainda se caracteriza como uma instituição burocratizada e lenta, quando seu sistema de produção e prestação de serviços é comparado com hospitais privados que possuem a mesma complexidade, no entanto, esses apresentam maior mobilidade gerencial.

Segundo SPAGNOL (2000), um exemplo bem característico dessa flexibilidade gerencial é a agilidade com que contam essas organizações privadas, na compra de materiais, uma vez que não necessitam enfrentar todo um processo de licitação pública que emperra ainda mais os órgãos estatais.

“(...) mas o que eu percebi, é que o hospital (o HC), ele não estava preparado para trabalhar com esse ritmo (...) talvez por ser um hospital universitário, por ser público (...) a gente sabe que existe um caminhar diferente numa instituição privada e uma instituição pública (...) eu percebo que o hospital não está preparado para funcionar na agilidade que ele gostaria de funcionar. E aí vem uma questão que vocês colocaram, a questão da roupa, a questão do exame que demora, a questão de você não ter em determinado dia uma escala e com isso você sobrecarrega a escala, você não consegue dar agilidade ao serviço e eu percebo que isso interfere (...)” (Orquídea).

“(...) para mim foi um marco e eu sempre ouvi: ‘ah, mas isso aqui (no HC) é diferente, aqui funciona 40 anos assim (...) Então, sempre falam que o HC é diferente (...) Lá fora eu lido diferente com situações que aqui dentro são parecidas, mas, a gente tem que lidar de forma diferente (...)” (Águia).

“(...) como a gente tem experiência do que acontece aqui dentro (do HC) a gente senta em uma reunião e fica só escutando e percebendo o que está acontecendo, você já está acostumado com aquilo há 15, 16, 17, 18 anos. Então, eu sei que é assim mesmo, vai ser assim mesmo, você faz um relatório e esse relatório vai ser digitado em algum lugar e não vai acontecer nada (...)” (Pérola).

De acordo com LIMA (1996, p. 110) os hospitais públicos apresentam

uma dimensão racional inadequadamente valorizada. Tomaram da perspectiva racional aquilo que lhes é menos apropriado- a divisão funcional do trabalho, a ênfase na especialização, no elevado número de níveis hierárquicos, na comunicação vertical e na formalização- e deixaram de lado o que qualquer organização precisa ter: a permanente preocupação com a (re) definição de seus objetivos e resultados, com sua avaliação sistemática e com a padronização dos processos de trabalho passíveis de maior normatização, além de buscar imprimir eficiência às ações desenvolvidas.

A afirmação da autora em alguns aspectos corrobora com a visão que as enfermeiras descreveram acerca do HC-UFMG enquanto uma organização hospitalar pública.

As integrantes do grupo fizeram algumas críticas ao funcionamento da estrutura organizacional do hospital, destacando os seguintes setores: a Diretoria de Recursos Humanos (DRH) e o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST), considerados fundamentais no acolhimento e acompanhamento de determinadas demandas e necessidades dos servidores do HC-UFMG.

Mencionaram que o enfermeiro, muitas vezes, acaba assumindo diversas atividades, principalmente da DRH tais como: verificação de folha de ponto, marcação de férias, remanejamentos de setor, entre outras, que poderiam ser resolvidas diretamente nesse setor específico.

Algumas apontaram ainda a necessidade de se fazer certas mudanças estruturais nesses setores, buscando maior integração com os demais órgãos que constituem o complexo hospitalar, principalmente com o Serviço de Enfermagem, o qual possui um dos maiores quadros de pessoal da instituição.

“Eu acho que esse instrumento tinha que ser a DRH (...) porque cai na mão da enfermagem: ‘não ele (funcionário) é da enfermagem, vocês que resolvam’. Não somos nós que vamos resolver (...) a DRH tem que fornecer recursos humanos capacitados e em condições de trabalhar (...)” (Arco-Íris).

“Eu acho que a DRH tinha que fazer valer a lei, o direito, se você deu férias, se você programou férias errada, o funcionário recebe, mas, ele não tem direito às férias, para fazer valer a lei, então, eu queria ver. Porque? Há uma concordância, uma combinação também das coisas, que eu vejo uma convivência, tanto de um lado, como do outro. Eu concordo com você (enfermeira Águia) quando a enfermagem vira e fala: ‘ah, é problema de enfermagem, nós (DTE) é que vamos resolver’, tem isso sim, de querer assumir, de querer puxar para o lado da enfermagem. Mas, se fizesse valer a autoridade de estar determinando deles assumirem algumas coisas da DRH, de folha de ponto, de férias (...) não existem férias informais, não existe isso, não existe vir aqui, chamar o enfermeiro para me substituir, falta por folga. Porque tem que chamar o enfermeiro? Não está assinado, é falta e vai ser descontado, até que vire um processo administrativo e prove-se ao contrário, mas de maneira legal, de maneira íntegra. Vivem chamando a gente lá (na DRH) para estar

resolvendo problemas administrativos de folha de ponto”
(Esmeralda).

“(...) o que a gente quer é que essa DRH se estruture melhor e se possível tenha mais profissionais da enfermagem, da psicologia, da sociologia, lá dentro desse grupo da DRH para estar trabalhando essas questões do hospital. Tem um caso de um funcionário que teve vários problemas com ele e ele fez greve de fome e dizia: ‘enquanto eu não sair daqui (do setor que trabalhava) eu não vou voltar a comer’ e ele foi transferido de setor (...) Agora eu penso também que o SAST tinha que ser melhor estruturado, porque lá no SAST você tem clínicos (...) mas acho que teria que ter mais, outros profissionais, até um psiquiatra, que acho que lá não tem, porque a psicóloga atende e encaminha, o médico encaminha. Então, deveria ter um SAST bem estruturado para atender a demanda do hospital” (Pérola).

“(...) Aí o SAST vai ser conivente com uma coisa que o funcionário quer que não é bom para a instituição. É o querer dele (do funcionário) e o SAST não está aqui para isso (...)” (Arco-Íris).

As enfermeiras apontaram diferenças na dinâmica de funcionamento dos setores abertos (unidades de internação e ambulatórios) e fechados (CTI, CME, bloco cirúrgico, etc) pontuando suas características e mostrando que essas interferem no processo de trabalho.

Para as enfermeiras os setores fechados são considerados feudos, onde surgem vários conflitos, mas, provavelmente são mais encobertos, pois a equipe é muito coesa, o que propicia o fortalecimento dos conchavos, proteção e interesses grupais.

Além disso, os trabalhadores desses locais são mais resistentes às mudanças, talvez por estarem fechados no próprio grupo, uma vez que as relações são mais restritas, dificultando assim, o processo de negociação e intervenção nos problemas do cotidiano.

Uma das enfermeiras pontuou que, nos setores abertos, também há coesão da equipe, mas, pelo fato de haver um número maior de pessoas circulando nesses locais, os relacionamentos são mais fluidos, os contatos interpessoais são maiores e a equipe acaba ficando mais exposta. Em consequência disso, os conflitos também ficam mais visíveis.

Devido a essas características, os trabalhadores desses setores podem apresentar maior flexibilidade no processo de negociações, sendo menos resistentes às mudanças.

“(...) no setor fechado o relacionamento é muito restrito. Todo dia são as mesmas caras, as mesmas pessoas, no bloco cirúrgico mesmo é interessante que você entra no bloco cirúrgico, você não conhece ninguém, pode ser sua amicíssima você não conhece. Você começa trabalhar no bloco cirúrgico e com pouco tempo, você conhece a pessoa pelo jeito de andar, pelo olhar, porque o resto é tudo a mesma coisa, a cara tampada, o cabelo tampado, tudo tampado. Então, você conhece pelo jeito da pessoa andar e pelo olhar da pessoa que você sabe quem é quem (...) Às vezes a pessoa está conversando com a gente e depois de um certo tempo por causa da voz ela fala: ‘ué, mas é você?’ (...) no centro cirúrgico ainda tem isso, da roupa, mas os setores fechados em geral e eu conheço um pouquinho da CME também eu acho que tem muito isso, a gente lida só com aquelas pessoas todos os dias, todos os dias são as mesmas pessoas e na unidade aberta o fluxo é grande, entra e sai, muita gente e você tem que estar dando resposta para muita gente. Então, as pessoas ficam com a cabeça um pouquinho mais aberta, eu acredito que seja isso, a intervenção que você faz no setor

aberto é muito diferente do que no setor fechado (...) no setor aberto é mais fácil negociar. Eu não sei se é porque as pessoas são mais acostumadas com um fluxo maior de entra e sai de pessoas e relacionamentos (...)” (Arco-Íris).

“(...) no setor fechado não vai estar tão exposto (as pessoas, as relações, as situações, etc). As pessoas dizem: ‘vai mudar? Ah, mas tinha até minha cadeira aqui, vou ter que desfazer dessa cadeira, porque essa cadeira não vai comportar lá, eu gosto dela’. Sabe, são essas coisas, que não é só a cadeira tem cada espaço que caracteriza o trabalho, as pessoas. Então, eu acho que no setor fechado tem isso, Eu via que no centro cirúrgico eles tinham uma rivalidade com determinado médico ou com um determinado funcionário, mas, se alguém falasse mal, se alguém comesse a mexer, todo mundo mobilizava a favor daquela pessoa (...) se fosse tirar um funcionário de lá e eles achassem que a atitude estava sendo autoritária, radical, se unia mesmo e descia na DTE, descia na diretoria (...) eu acho que é mais difícil, porque as pessoas se unem de uma maneira, tem divergência entre médico, enfermeira, auxiliar, técnico (...) mas, quando vai afetar alguma coisa que está bom (...) que vai mexer em alguma coisa, as pessoas se unem (...) eu sempre trabalhei em setor fechado como o centro cirúrgico e a central de esterilização, e o setor fechado eles (a equipe) são como feudos, as pessoas pouco conseguem fazer intervenção nesses setores (...)” (Esmeralda).

“Eu acho que nas unidades abertas também tem isso, se vier cutucar a onça com vara curta, a onça pega. No que é aberto também tem essas questões eles discutem muito

para poder tentar manter uma coisa que é boa ou para poder modificar alguma coisa que não está bom (...) no setor fechado ninguém fica sabendo, mas no setor aberto fica mais explicito, talvez seja assim” (Terra).

SORIN (2003), ao caracterizar o local do seu estudo, também apresentou o bloco cirúrgico, como exemplo de um setor fechado que possui peculiaridades. Menciona que esse local é considerado um ‘templo cirúrgico’, que guarda características de aspectos sagrados e misteriosos. Está na maioria das vezes isolado no sub-solo do estabelecimento hospitalar, sendo que a comunicação com o exterior é restrita. Logo na porta de entrada, já existe uma barreira para os profissionais de outros setores do hospital, ou seja, uma placa com os seguintes dizeres: Bloco Cirúrgico- Entrada proibida.

Para a autora esse setor constitui um mundo à parte do contexto hospitalar, apresentando seus códigos, seus estatutos e seu modo de funcionamento próprios.

De acordo com as enfermeiras a medicina é uma profissão dominante, fortemente instituída no cotidiano do hospital e o poder médico atravessa todo o processo de trabalho em saúde.

Segundo CARAPINHEIRO (1998, p. 53), de todas as categorias profissionais do setor saúde, “a única que é verdadeiramente autônoma é a profissão médica”, visto que sua autonomia é “sustentada pela dominação do seu saber e da sua competência técnica” na divisão do trabalho e como consequência esse profissional dirige, bem como avalia o trabalho das demais categorias que desenvolvem o trabalho em saúde, sem ser “objeto de direção e avaliação de ninguém”.

Nesse sentido, SILVA (2004, p. 203) reforça afirmando que não há dúvidas de que a corporação médica ocupa papel central na produção de cuidados em saúde, sendo a autonomia a sua grande aliada, pois é em torno dessa autonomia dos médicos que os demais serviços são estruturados. Para a autora, esse fator é a “principal estratégia do poder médico perante a administração e outras corporações”.

Os resultados do estudo de LIMA, M.A.D.S. (1998) também mostraram que o ato médico é decisório no processo de trabalho, uma vez que é o médico que comanda as atividades a serem realizadas nas organizações de saúde. É esse profissional quem toma as decisões sobre a ocupação dos leitos, os trabalhadores que estarão envolvidos na assistência prestada, o diagnóstico e o tratamento dos pacientes.

O discurso das enfermeiras pesquisadas vem ao encontro desses estudos realizados, pois, igualmente, revelaram que o médico é visto como um profissional central na equipe. No entanto, ressaltam que, ao mesmo tempo, fica distante do trabalho realizado com o paciente, quando desenvolve suas ações e prescreve às ordens para serem cumpridas, na maioria das vezes, pela equipe de enfermagem, envolvendo-se superficialmente com os problemas do processo de trabalho como um todo.

“(...) o médico chega lá (no setor de trabalho) e pede 10, 20, exames e aí você tem que andar com o paciente por esses ambulatórios todos daqui e de mais alguns aí fora. Aí eu acho isso, uma situação terrível, porque ele pede e daqui a pouco ele chega lá: ‘cadê os exames?’ Então, assim, ele não quer saber da sua escala, se você tem que deslocar duas ou três pessoas da sua escala, que você tem duas lá, mas se as duas forem, quem vai ficar para olhar o outro (paciente) e vai levar o doente para fazer exame. Então, eles (os médicos) falam assim: ‘vamos descer agora’ (...) ele não quer saber (...) o problema é da enfermagem, ele quer o resultado do exame, ele não quer saber (...)” (Orquídea).

“(...) o médico fica muito à parte disso, dessa assistência, ele tem uma coisa que o respalda, que é a prescrição. Então, ele chega lá e prescreve: dados vitais de duas em duas horas e você está com três para atender um mundo de gente na enfermaria. Então, assim, ele pediu. Ele avaliou o paciente dele e viu que necessita disso e você

fica num pesar com aquela coisa de estar administrando isso, de não dar conta e de escrever, porque às vezes você nem consegue escrever, porque não deu conta, porque não teve pessoal para fazer (...)” (Esmeralda).

JORGE (2002) verificou que a centralidade e a ampla autonomia do profissional médico para definir, bem como direcionar o processo de trabalho em saúde também foram explicitadas em sua pesquisa desenvolvida no HC-UFG.

Concordo com a autora, quando diante desse resultado e (re) pensando o processo de gestão do cuidado, propõe aos profissionais desse hospital que realizem

uma reflexão sobre o papel de coordenação do cuidado em saúde nas unidades assistenciais, na busca de se consensuar dentro das equipes uma forma de gestão e coordenação mais articulada e compartilhada. Nesse sentido, tendo em vista a centralidade do papel do médico nessas equipes, há que se estabelecer fóruns permanentes de integração do trabalho em equipe onde este profissional tenha participação e possa melhor articular e contratualizar, com as equipes, a inserção dele. É fundamental preservar e garantir a autonomia de todos os trabalhadores em saúde, e concomitantemente, exercer um acompanhamento dos saberes/poderes deles a fim de que a assistência prestada além de articulada e de qualidade, efetivamente trabalhe no sentido da defesa da saúde e da vida dos usuários (JORGE, 2002, p. 193).

Como contraponto aos discursos relatados anteriormente, durante os vários encontros uma das enfermeiras assinalou a sua visão acerca da enfermagem, também como uma profissão fortemente instituída nas organizações de saúde.

Nos seus discursos deixou claro que o enfermeiro é um profissional que centraliza a decisão do trabalho da enfermagem, assumindo diversas atividades de outras áreas e até de outros profissionais, pois muitos acreditam que precisam dar respostas para todos os problemas que surgem no ambiente de trabalho.

Mas o enfermeiro não possui o mesmo grau de autonomia para tomar decisões que o médico. Em vários momentos assume uma postura submissa às ordens desse profissional, fazendo o papel de ‘mordomo’ nos diversos setores de trabalho.

A palavra mordomo é o masculino de governanta, termo que, no contexto da enfermagem, foi introduzido por FERRAZ (1995), ao afirmar que as enfermeiras, do hospital onde realizou seu estudo, vinham ocupando uma nítida posição de ‘governanta’ da organização, pois tinham poderes limitados para tomar decisões que realmente interferisse e direcionasse de maneira eficaz a assistência prestada ao paciente.

Como uma forma de crítica a essa posição assumida por muitos enfermeiros, a referida integrante do grupo representou uma imagem caricatural, dizendo que esse profissional percorre o hospital com um molho de chaves na mão, a fim de controlar todas ‘as portas que dão acesso ao processo de trabalho’.

Sendo assim, muitas vezes o objeto de trabalho do enfermeiro deixa de ser o paciente e passa a ser o cumprir e o fazer cumprir as ordens do médico. Neste sentido, o seu trabalho apresenta-se paradoxal, pois possui poder para mandar nos demais integrantes da equipe de enfermagem, colocando-se no papel de mordomo (governanta) que cuida de tudo para o processo de trabalho não parar. Entretanto, não tem autonomia para decidir em determinadas situações importantes desse processo, mesmo tendo competência para tal, pois quem decide sobre as principais condutas, principalmente, em relação à assistência ao paciente é o médico.

“(...) eu acho que a enfermagem, ela fica muito fora dos outros profissionais, monopoliza muito, a ponto até de ficar pegando o serviço dos outros, falando aqui da DRH, do administrativo, do médico, também a gente faz e aí a enfermagem ela tem uma sobrecarga de tarefas, de atribuições, de emoções (...) até falo com um colega meu que é enfermeiro, uma vez eu falei para ele: ‘olha, eu quando eu comecei na enfermagem já algumas coisas estavam mudando, o chaveiro imenso do hospital inteiro

que ficava pendurado na cintura da enfermeira, que você não sabe se era o saltinho dela ou o chaveiro que fazia mais barulho. Mas que estava acabando, quando eu comecei’ e ele até hoje faz, mas, tem que prestar muita atenção para algumas coisas não fazer. ‘Mas vai faltar (material, pessoal, etc)’ e a aí a gente vai falar para o coordenador administrativo que está faltando, o que está faltando, dá trabalho? Dá, mas um dia as pessoas que fazem o serviço de apoio elas vão entender o que é o serviço dela, porque enquanto nós tivermos correndo e fazendo ela não vai entender (...)” (Arco-Íris).

“(...) para ele (o enfermeiro) prestar a assistência ele tem que estar muito bem e depende de vários outros serviços da instituição, ele depende desse serviço e muitas vezes ele inverte, ao invés de ser cliente ele começa até a dar resposta para o outro serviço, ele inverte um pouco isso. Acho que a gente tem que resgatar um pouco isso (...) uma coisa que eu acho muito difícil também é que o centro de todo esse trabalho é o médico, que é o centro, o objeto de trabalho fica parecendo que é o médico. O tempo todo que a gente está falando aqui, a gente está dando resposta porque o médico faz isso, porque o médico faz aquilo, porque faz aquela pressão. Então, eu acho que a enfermagem tem que ter muito cuidado para centrar o trabalho dela no objeto de trabalho dela, lógico que o máximo inserido com os outros profissionais, numa parceria e não como subserviente, mas como parceiros e aí a interdisciplinaridade eu acho que é muito importante, acho que dessa forma a gente vai dar uma assistência melhor (...) a gente tem que resolver tudo dentro do hospital, está errado, nós não temos que resolver tudo

dentro do hospital, nós temos que resolver para o paciente. Para resolver para o paciente o hospital tem que nos dar condições para isso. E parece que inverte, a gente cai no mercado de trabalho totalmente invertida, a gente fica resolvendo tudo, está errado (...) parece que o enfermeiro é dono de tudo, dono do hospital, dono do doente, apesar de que o doutor que é dono, é o doutor que dá o diagnóstico, ele que interna, ele é que dá alta, o paciente é dele, mas, quem manda e desmanda é o enfermeiro, até de uma forma inconsciente, ele assume essa postura. Ai ele tem que dar resposta para tudo, não só para a assistência, mas para as condições que a instituição talvez nem esteja oferecendo e ele tem que se virar para poder dar essas condições. Então, realmente o enfermeiro fica muito sobrecarregado e o trabalho fica muito penoso dessa forma” (Arco-Íris).

SILVA (2004, p. 203) revela que “uma segunda corporação tão forte quanto a médica, mas dona de um poder sutil, é a enfermagem”. Em contraposição à autonomia médica que impulsiona o poder decisório nas organizações de saúde, observa-se uma certa dependência do paciente e dos demais profissionais relacionada às ações realizadas pela enfermagem. Para a autora, “o médico dispara o processo, mas o ritmo é imposto pela enfermagem”. E eu digo, esse ritmo é determinado, basicamente, pelo enfermeiro.

Nessa direção LIMA, M.A.D.S. (1998, p. 180) diz

o lugar social que a enfermeira ocupa por coordenar o trabalho de enfermagem atribui-lhe poderes de modo que, entre ela e os agentes de enfermagem, as relações nem sempre são harmoniosas. A enfermeira também se encontra numa posição de submissão ao poder médico, esse é quem tem definido a extensão e os limites da autonomia da enfermeira. Portanto, apesar de deter poder social sobre outros agentes, ela também é subordinada socialmente, mas tem demonstrado resistência, procurando ampliar sua autoridade.

Diante dos discursos das enfermeiras pesquisadas e da literatura pode-se dizer que ainda hoje, na maioria das vezes, é o enfermeiro quem decide no dia-a-dia, questões relacionadas ao gerenciamento do setor de trabalho e do cuidado de enfermagem, delegando aos demais membros da sua equipe a execução de tarefas pré-determinadas pelo médico.

Portanto, este profissional tem assumido um nítido papel de controlador do trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que, grande parte de suas atividades tem como objetivo principal apenas checar se as tarefas foram executadas pelos demais integrantes da sua equipe (SPAGNOL et al, 2001).

O dispositivo de análise, como espaço permitido para se libertar a palavra, possibilitou que as enfermeiras, dentre outras atitudes, tivessem oportunidade e coragem para tirar os véus de algumas instituições e do poder que atravessam as relações de trabalho, podendo falar de forma aberta e coletiva, na busca de se posicionarem como sujeitos que fazem parte de um contexto, a instituição pública-Hospital das Clínicas-UFMG.

5.3.2- A possibilidade de desvelarmos alguns (de) nós (na) da trama de conflitos

O dispositivo de análise se constituiu como um espaço favorável para as enfermeiras desvelarem alguns nós da trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem do HC-UFMG.

Destaco o posicionamento da enfermeira Orquídea que conseguiu explicitar de forma clara e transparente, na presença das coordenadoras técnicas assistenciais, um conflito que vivenciou, recentemente, no hospital. Praticamente fez um desabafo e relatou uma situação que, do seu ponto de vista, foi conduzida de forma autoritária pela VDTE, gerando diversos conflitos no seu setor de trabalho, principalmente, entre os membros da equipe de enfermagem.

“(...) uma outra questão com relação ao conflito é que, recentemente, eu passei aqui no hospital uma situação que me deixou extremamente constrangida, é a questão de você lidar com o poder de forma ditatorial: ‘eu estou te comunicando isso e você vai obedecer’ e você não tem opção nem para abrir a boca para questionar e uma situação que você sabe que está gerando uma série de conflitos, mas você vai falar e você não tem autonomia para poder questionar. Então, isso me surpreendeu muito dentro da enfermagem, eu não esperava isso dentro da enfermagem. Eu achava que a enfermagem, ela não estaria no ano de 2005 agindo dessa forma, num hospital universitário (...) é até complicado esse ano eu estar falando de conflitos para vocês. É extremamente desagradável você viver isso, você sabe que é uma situação de conflito, o problema é do outro e você determina, assim é fácil. É a melhor forma de resolver conflito, porque o conflito não é seu, é do outro. Do ponto de vista do poder é fácil resolver, mas, com relação ao que gera isso, é o fato de não dar a pessoa nem a liberdade de questionar (...) mas, o que me incomodou mesmo foi essa questão de não discutir. ‘Eu estou determinando, pronto e acabou, e não se conversa mais’. Então, essa situação é lamentável, vou falar verdade para vocês, no ano de 2005, ela esteja acontecendo, é desagradável” (Orquídea).

“(...) o que realmente me incomodou nessa situação foi a questão da forma de condução (da DTE), porque para mim é muito claro essa questão do poder. A gente trabalha institucionalmente e sabe dentro do ponto de vista funcional, o poder ele é atribuído à alguém

temporariamente (...) mas, na verdade o grupo do meu setor de trabalho não foi ouvido, foi decidido uma coisa e a gente não estava habituada (...) porque a política nossa lá é de conversar. Então, quando você não consegue um consenso entre as pessoas a gente usa alguns argumentos (...) por exemplo no caso da escala mensal, não tem consenso a gente vai para o sorteio, não tem consenso, a gente vai para o rodízio e o que me incomodou nessa situação é que o grupo não foi ouvido e quando eu falo o grupo, eu falo o grupo de enfermagem, os enfermeiros e os técnicos. Não deu às pessoas oportunidade de fazer uma prática para resolver uma situação de conflito (...) isso criou realmente um mal-estar muito grande para quem estava lá dentro, o grupo estava insatisfeito, mas, baseado na decisão tomada (...) eu falo para vocês insatisfação, porque eu vi funcionário chorar, chegar para pegar plantão e chorar e dizer: ‘eu não vou aceitar essa situação’ (...) porque isso não foi discutido com o grupo. Quando eu coloquei a questão do autoritarismo, é porque, pelo menos na minha visão, isso poderia ter sido discutido. Eu sei que existem situações que exigem rapidez, às vezes não dá tempo de reunir todo mundo, mas, no caso específico, foi ouvida uma pessoa apenas e nem foi ouvida, foi determinado mesmo. A resposta da reunião, quando eu coloquei: ‘eu queria a possibilidade de discutir, pelo menos até a tarde’, foi dito: ‘não, você tem que decidir agora e eu (chefia da DTE) estou determinando. Então, assim, a partir do momento que uma chefia vira e fala: ‘eu estou determinando, não está em discussão’ eu não tenho argumento e ainda colocou assim: ‘não está em discussão e eu estou determinando,

eu quero os nomes (dos funcionários que iriam ser remanejados para outro setor com a mudança de área física). E essa não é a política na qual o grupo estava acostumado a trabalhar (...) mudou de setor, mas não foi essa situação de serem remanejados, foi a situação de ser determinado um remanejamento, sem respeitar as normas de funcionamento do setor. Mais uma vez colocando: ‘a gente tinha normas de funcionamento lá’. Em uma situação difícil, complicada que gera polêmica, fazia-se rodízio e a DTE não respeitou isso, foi proposto e elas (chefias da DTE) não aceitaram e disseram: ‘não vai ter rodízio’. Então, assim, a primeira coisa é a forma de trabalhar do grupo que não foi respeitada, então, o mal-estar que eu senti não foi essa situação de mudança (de área física), ela já era esperada, mas foi a forma como foi conduzida (...). Não se pensou na forma que o grupo trabalhava e sim em se resolver o problema. Então, assim, não foi dada oportunidade de trabalhar da forma como o grupo estava trabalhando, não vou falar para vocês que o grupo também está certo, eu não estou questionando isso, mas que eu senti um mal-estar grande foi justamente essa conduta: ‘olha, não me importa a forma que vocês trabalham, hoje vocês vão fazer desse jeito’. Então, eu acho que isso é que gerou o mal-estar muito grande” (Orquídea).

Além disso, o dispositivo socioanalítico do mesmo modo se constituiu como um espaço favorável para as enfermeiras se desvelarem como sujeitos do processo de trabalho desenvolvido no hospital em estudo, ainda que algumas profissionais apresentassem certo receio e dificuldade para se expressar em determinados momentos.

Ressalto um dos trechos do discurso de Pérola que desde o primeiro encontro tentou relatar, mediante a presença das coordenadoras técnicas assistenciais, ora explicitamente, ora implicitamente (por meio da fala de um terceiro), uma situação de conflito vivenciada no ano de 2003, que segundo ela também estava relacionada à uma decisão arbitrária e autoritária da VDTE.

“(…) muitas vezes eu tenho dificuldade de coordenar minhas idéias, eu achei, assim, a síntese da Orquídea fabulosa, eu tinha que estar falando isso para ela. Ela consegue objetivar tudo aquilo que realmente eu penso (...) e assim, eu não sei explicitar, como a Orquídea, ela está vivenciando essa questão agora (uma situação de conflito entre a equipe de enfermagem do seu setor e a DTE) e eu acho que da mesma forma que ela explicitou eu gostaria de ter falado, porque foi o que eu vivenciei (...) resumindo é uma pena que ainda no ano de 2005, a gente ainda esteja vivendo essas questões de autoritarismo em relação aos conflitos: ‘você faz e cala a boca que eu vou encaminhar e vai ser assim’” (Pérola).

No último encontro, diante de alguns depoimentos, uma das enfermeiras igualmente teve coragem de expressar sua insatisfação com uma decisão tomada de forma autoritária pela VDTE, relacionada à sua lotação em outra unidade, quando mudou de vínculo empregatício. Entendo que essa conduta arbitrária dos dirigentes do Serviço de Enfermagem gerou uma situação estressante e angustiante para essa enfermeira, que talvez por ser recém-admitida, à época, teve medo de discutir a decisão tomada pela chefia superior.

O seu discurso evidenciou que mediante essa situação instalou-se um conflito intrapessoal que ficou latente e nesse momento de análise coletiva ela teve liberdade para expressá-lo, abertamente, perante as coordenadoras técnicas assistenciais, as quais provavelmente participaram desse processo decisório.

“Todo mundo comentou alguma coisa já relacionada com conflito que já vivenciei e eu com pouco tempo estando aqui e a Esmeralda (coordenadora técnica assistencial) já sabe, eu também já vivenciei o meu conflito, depois que eu vim para o Hospital das Clínicas, na minha mudança de vínculo (CLT para funcionária pública) eu também tive um conflito. Eu não citei anteriormente, mas para mim foi muito ruim ter saído do setor que eu trabalhava anteriormente para ir para outro setor, uma vez que eu estava fazendo mestrado naquela área específica. Eu tive que nadar contra a corrente porque eu estava querendo andar na corrente, a favor da correnteza, e de repente mudar foi para mim... até na CME eu fui, com um discurso que estava todo mundo passando por treinamento, sendo que eu estava no hospital há mais de dois anos. Então, surgiram várias questões de conflito, porque a gente é empurrada pelas pessoas, quase que eu fui parar num lugar que não tinha nada a ver comigo, mas Deus sabe o que faz e eu vim parar aqui no setor que eu estou hoje, onde eu fui muito bem acolhida, por isso que eu estou aqui até hoje. Quando eu cheguei aqui eu falei: ‘nossa! Não sei se eu vou agüentar ficar aqui não, é muito provável que eu vou tentar uma bolsa de mestrado, porque eu não sei se vou dar conta’. Porque para mim foi uma mudança radical, você está preparada, estudando e de repente muda... mas eu vim para cá (...) e aí eu fiquei bem quietinha e falei assim: ‘não vou incomodar ninguém, eu estou incomodada comigo, deixa o incomodo meu para mim mesmo e vamos ver o que vai acontecer, por sorte aqui tinha o tipo de paciente que eu gosto e eu acabei ficando mais tranqüila. Porque minha

grande dificuldade é trabalhar com idoso, e o primeiro paciente que eu fui receber do CTI foi um idoso, então eu falei: ‘ai meu Deus, não vou agüentar isso não, como eu vou fazer para tirar o esparadrapo?’ Então, para mim foi um conflito que virou um conflito pessoal, mas com o tempo eu fui trabalhando e como as relações interpessoais aqui são boas, tanto na equipe de enfermagem quanto com os médicos, a gente vai conhecendo eles e eles vão nos conhecendo (...)” (Terra).

As coordenadoras técnicas assistenciais que ocupam cargo de chefia na VDTE, também tiveram oportunidade de exprimir suas visões e opiniões. Em alguns momentos, esse movimento de análise coletiva possibilitou confrontar os discursos dessas coordenadoras e das enfermeiras assistenciais, colocando em xeque tanto as condutas adotadas por essas profissionais, quanto as adotadas pelo grupo de dirigentes do Serviço de Enfermagem.

“Me surpreendeu por eu acreditar que a gente não está agindo de forma autoritária e por acreditar que esse grupo (de dirigentes do Serviço de Enfermagem) que eu estou inserida nele não tem a prática de trabalhar de forma autoritária e já ter vivenciado inclusive situações muito tensas e que a gente conseguiu trabalhar de uma forma democrática e as pessoas todas participando. Então, eu fiquei surpresa com relação ao relato da Orquídea” (Arco-Íris).

“(...) eu senti realmente a falta de ser mais participativo, mas não da DTE, mas do próprio grupo (do setor onde ocorreu a situação de conflito), porque tinha uma situação instalada e ela tinha que ser resolvida. A gente vive uma situação hoje no hospital complicada, porque a gente tem uma direção, um diretor, um vice-diretor e temos uma

assessoria e que é quem, praticamente, está resolvendo as coisas técnicas, tomando decisões. Você dificilmente senta com o diretor, você senta com a assessoria e são pessoas muito imediatistas que quer uma resposta, uma programação, trabalha com metas e datas o tempo todo (...) muito objetivos, por um lado é bom, mas também tem um outro lado que você tem que correr atrás do que tem e o que não tem, tem que estar dando realmente respostas (...) Então, foi pesado, o baque foi pesado, só que isso, não se mudou de um dia para o outro, a discussão da mudança (devido às reformas em um dos setores do hospital) há muito tempo já foi falada, a proposta de mudança não veio nem dessa gestão, era da gestão anterior que já estava falando em mudança e se concretizou nessa gestão, mas, na fala dos técnicos (de enfermagem) foi isso que nós (chefias da DTE) ouvimos, que não se foi falado de mudança com eles, que não foi conversado, não sei se é verdade. Foi o que nós ouvimos, que não foi falado que ia haver mudança. Então, quando a DTE é questionada que foi autoritária, porque isso não foi conversado antes? Então, a mudança foi sofrida mesmo, porque não foi conversado lá na base com quem ia estar fazendo a mudança, com quem ia estar sofrendo mais com essas mudanças, nenhum momento foi falado em reunião. Não sei se é verdade, foi o relato (dos técnicos de enfermagem do setor). (...) Então, pode ter acontecido isso (...) realmente foi mais de não ter participado, mas a participação veio desde de lá de dentro do setor” (Esmeralda).

O dispositivo de análise permitiu ainda que uma das coordenadoras técnicas assistenciais verbalizasse a sua preocupação com o sofrimento relatado por Orquídea (enfermeira assistencial) que estava relacionado a uma situação de conflito, desencadeada por uma decisão (que segundo a enfermeira foi autoritária) tomada pelo grupo de dirigentes da VDTE, equipe de que essa coordenadora faz parte.

De certa forma, em seu discurso, a coordenadora expôs a sua visão enquanto chefia, justificando inclusive o cargo que ocupa atualmente. No entanto, no momento de análise conseguiu sair do seu lugar de chefe instituída, sensibilizando-se com os sentimentos expressados por uma das enfermeiras que na escala hierárquica ocupa a posição de sua subordinada.

Os encontros realizados também possibilitaram que essa coordenadora pudesse visualizar o outro lado, o do subordinado, abrindo brechas para se instalar um processo de reflexão da sua prática gerencial, (re) pensando suas atitudes e (re) vendo algumas posições.

“(...) e hoje eu estou saindo com uma coisa incomodada, um conflito. Na fala da Orquídea, quando ela colocou (...). Eu acho que a gente tem que ser muito clara nas posições, eu estou saindo com um sentimento não muito positivo. Eu não entendo que foi dessa maneira (conduta autoritária tomada pela DTE), mas como que está sofrido para ela (enfermeira Orquídea), isso eu percebi. Eu sei do que ela está falando e como isso está incomodando. E também ela não sabe o quanto está incomodando lá na DTE, na chefia, ter que tomar decisões, ter que dar respostas. Então, isso está incomodando. Eu acho que conflitos são coisas que incomodam, e eu ia pedir licença, inclusive para você (a Coordenadora), para estar verbalizando isso, porque eu não queria estar saindo sem estar verbalizando isso, essa fala dela que me incomodou. Me incomodou por estar na DTE e fazer parte do grupo

(de dirigentes do Serviço de Enfermagem). Eu participei da decisão com certeza, eu não senti que foi uma decisão autoritária, não foi dessa maneira, que não foi dado espaço, pode não ter atendido às solicitações, mas, não que não foi dado espaço para estar sendo colocado as posições. Eu não entendi assim, eu não percebi dessa maneira (...) eu não quero sair preocupada e também quero falar o quanto isso está incomodando, o quanto ela (enfermeira Orquídea) está angustiada. E o quanto esses cargos às vezes causam isso nas pessoas. Porque também eu já fui desprestigiada pela DTE, em muitos momentos, não enquanto coordenadora, mas enquanto enfermeira, não ouvida, não atendida, eu já vivenciei isso” (Esmeralda).

“Aí de uma hora para a outra a gente tem que dar respostas (...). Não tinha discutido e a gente tinha que dar uma resposta, tinha que tomar uma decisão e foi tomada. Foi dolorido, foi traumático, igual a Orquídea está colocando, foi autoritário, pode até ter sido, mas tinha que ser dado uma resposta. Poderia ter sido melhor, hoje talvez refletindo, voltar atrás não pode, não tem como, já está feito, mas acho que serve de lição para a gente estar tirando disso e futuramente estar chamando mesmo, o enfermeiro (...) (Esmeralda).

“(...) aqui não é o fórum para a gente estar discutindo esse problema (a situação relatada por Orquídea sobre uma conduta autoritária da DTE), as resoluções não vão partir daqui, tem outros fóruns para a gente estar suscitando essa questão, revendo, eu acho que tem meios ainda de ser solicitado, a DTE não está fechada, muito pelo

contrário está aberta ao diálogo, a estar recebendo as pessoas da mesma maneira que foi feito (...)” (Esmeralda).

O espaço produzido coletivamente, nesse estudo, permitiu que as enfermeiras expressassem alguns conflitos, insatisfações, demandas e contradições, ora de forma explícita, ora de forma implícita, velada ou pela fala do outro.

Segundo LOURAU (1993, p. 34), o trabalho socioanalítico

é sempre muito conflituoso, já que contradições, ocultas até então, podem surgir, por exemplo, quando uma pessoa toma conhecimento de uma nova informação, uma coisa que ela “não deveria saber” e que estava escondida.

Penso que esse ato instituinte (mesmo que incipiente) de enfrentamento dos instituídos presentes no contexto organizacional foi possibilitado, dentre outros, por alguns momentos de restituição dos discursos e análises produzidas no grupo, mais especificamente a realizada no início do quarto encontro quando convidei uma das enfermeiras para relatar os fatos ocorridos no encontro anterior, momento em que foi explicitado uma situação de conflito entre uma das enfermeiras e as dirigentes do Serviço de Enfermagem ali presentes.

Na vertente socioanalítica o conceito de restituição

supõe que se deva, e se possa, falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra. Essas coisas seriam as comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal (LOURAU, 1993, p. 51).

Para os socioanalistas “tais ‘coisas’ são aquelas ‘falas institucionais’ que não podem ser ‘ouvidas’ de forma pública” (...). Sendo assim, nesse processo “deve-se enunciar ‘coisas’ e não denunciar outrem” (LOURAU, 1993, p. 52).

Portanto, utilizar no dispositivo de análise a regra do ‘tudo dizer’, operacionalizando, assim, a restituição enquanto um conceito socioanalítico foi fundamental para disparar o processo de análise da prática profissional e das relações de trabalho, pois as enfermeiras revelaram algumas questões que estavam ocultas, as quais muitas vezes escapam somente nos momentos externos à intervenção socioanalítica.

Assim, nesse processo de restituição, realizado geralmente no início de cada sessão socioanalítica, é necessário capturar e apreender as informações relevantes que nesse momento são explicitadas, pois permite visualizar analisadores, transversalidades e implicações, presentes na análise de uma situação problemática para o grupo.

5.3.3- Eu me implico, tu te implicas, nós nos implicamos: a possibilidade de falar de nossas implicações profissionais e afetivas

Concordo com CAMPOS (2000 a, p. 189) quando menciona que nos espaços coletivos há um permanente fluxo de afetos. “Desejos, bloqueios, interdições” são fatores que estão constantemente cruzando esses espaços “sem que os envolvidos tenham plena consciência desses movimentos. Há, portanto, afeto e emoção nas relações que se estabelecem entre os membros das equipes (...)” nas organizações.

A meu ver, os afetos que perpassam as relações sociais podem ser compreendidos como nossas implicações afetivas e profissionais em relação a um determinado, indivíduo, trabalho ou instituição, as quais geralmente não são explicitadas e analisadas no cotidiano organizacional.

Segundo LOURAU (1993), as implicações tanto dos trabalhadores envolvidos em um processo de intervenção, quanto do analista/pesquisador, caracterizam-se como: afetivo-libidinais, políticas e ideológicas.

Nessa perspectiva, identifiquei que o dispositivo de análise propiciou às enfermeiras explicitarem suas implicações afetivas e profissionais, tendo a oportunidade de dizer algumas coisas aos colegas que há tempo queriam dizer, mas, não tinham oportunidade e até coragem, para expressarem seus sentimentos.

Portanto, falar em roda, no dispositivo socioanalítico, possibilitou às enfermeiras se colocarem em análise, ou seja, nesse momento característico de socioanálise, as integrantes do grupo puderam (re) viver algumas situações passadas e analisar suas implicações afetivo-libidinais, políticas e ideológicas, relacionadas às colegas de trabalho, à enfermagem, ao Hospital das Clínicas-UFMG, enfim, à determinadas instituições que estavam em análise naquele momento.

“Eu queria pedir licença só para falar uma coisa para a Águia, não sei se ela vai gostar muito, mas, quando eu falei para ela que de certa forma eu acompanhei as situações de conflito que ela vivenciou na instituição foi muito num sentido... eu sempre tive uma visão da Águia de que ela é uma enfermeira que ela tem uma visão administrativa muito ampliada, eu diria uma visão muito prática da administração em enfermagem e o que eu percebi, é que o hospital, ele não estava preparado, para trabalhar com esse ritmo (...) Eu sempre percebi isso muito presente na Águia, que ela está puxando o tempo todo o hospital para essa sua visão muito mais prática da administração. Então, assim, eu acompanhei muito essa visão da Águia, porque é uma coisa que eu sempre vi como uma coisa à frente, eu sempre coloquei assim: ‘que bom seria se os enfermeiros tivessem essa visão’. Mas, eu nunca conversei isso com a Águia, eu nunca coloquei isso em reunião, até porque ela sempre trabalhou numa área diferente da minha (...). Eu acho que talvez até por exercer cargo de chefia, eu ficava ao par de várias situações de conflito vivenciada no hospital e acompanhei muito essa questão da Águia e quando ela fala assim: ‘eu sou uma pessoa que penso diferente do grupo’. Ai eu fiquei pensando: ‘será que ela pensa diferente do grupo aqui no HC?’ porque é essa a impressão que eu tenho,

que ela se sente diferente do grupo do HC. E ai eu questiono a forma como a gente expressa e como vê o conflito, isso para mim ficou claro, a forma como cada um se expressa. (...) eu até fiquei feliz quando eu cheguei aqui e a vi, porque eu gostaria muito que ela tivesse aqui hoje e de estar falando isso para ela. E eu não vejo como um problema, não é a minha visão, uma pessoa pensar diferente, isso para mim, pensar diferente é uma coisa de cada um de nós. Agora, existe aqueles que conseguem fazer um consenso mais fácil. Então, você consegue dentro da instituição chegar à um consenso com mais facilidade e existe aqueles que não conseguem. Agora o que realmente me surpreendeu nessa questão é assim: ‘eu vi a Águia a um tempão atrás, porque a gente de setor fechado é assim, você vê uma pessoa, daí um ano você vê ela de novo’. E eu vi ela agora, só que eu percebi que a Águia agora ela está mais madura, uma pessoa que continua mostrando aquilo que acredita. Eu estou colocando Águia, não no sentido de te expor, mas, no sentido mesmo de estar colocando o meu pensamento. No sentido de valorizar o que ela está buscando, o que ela acredita, mesmo com todas as dificuldades encontradas na instituição (...) Então, é isso eu queria estar colocando para você (Águia), espero que eu não tenha criado um mal-estar, mas, é uma coisa que eu gostaria de dizer” (Orquídea).

“Foi exatamente ao contrário, me fez muito bem ter ouvido, eu sou muito sensível. Eu ficava procurando descobrir o que é que eu não conseguia mostrar que eu realmente era e uma das coisas que eu percebi foi exatamente isso, que eu me preparei tanto lá fora, para

estar aqui dentro do HC, eu abri mão de várias oportunidades lá fora, com grana e salário lá fora, para ficar no nível do HC. Eu fiz curso de administração hospitalar, já trabalhava com faturamento, fui conhecendo material, conhecendo isso e aquilo, e o que eu percebi que trazer essa minha bagagem para cá foi algo de conflito, porque as pessoas aqui não queriam alguém que soubesse, entre aspas, mais do que elas. ‘Não é saber mais gente, é adicionar’. Eu queria aprender o lado assistencial daqui, e somar com a minha visão administrativa, para entender até como o mundo lá fora está correndo, como que as coisas estão mudando, como se diz: ‘para ajudar a preparar mudanças aqui no HC, porque vários serviços públicos estão mudando (Águia).

“(...) ajudou ter outras visões, eu me identifiquei mais com algumas pessoas, igual a Orquídea, que eu falei com ela assim... eu já admirava o trabalho dela, porque às vezes quando eu precisava ir no setor que ela trabalha ela me passava o caso (paciente que seria transferindo de um setor para o outro) e você acaba admirando mais as pessoas (...)” (Terra).

Uma das enfermeiras visualizou a importância de se fazer análise das implicações do enfermeiro, principalmente em relação aos demais integrantes da equipe de enfermagem, para que não seja injusto e autoritário nas decisões tomadas, visto que esse profissional tem uma visão ampla de todos os trabalhadores da equipe.

“Eu acho que não dei conta de estar apaziguando (as relações conflituosas ocorridas durante algumas reuniões coordenadas por essa enfermeira), porque aí você começa, às vezes a falar, por exemplo, que não é bem desse jeito, aí fica parecendo que você está puxando

para o lado daquele funcionário. E tem isso também, o enfermeiro, ele tem um conhecimento da equipe que ele não dá conta de ser totalmente imparcial, às vezes, tem umas pessoas que você tem mais afinidade (...)" (Arco-Íris).

Tendo em vista, a necessidade de ter mais clareza das nossas implicações, questiono: será que as implicações relacionadas ao poder, status, entre outros fatores, que podem em determinados momentos levar à tomada de decisão autoritária, foram analisadas pelas dirigentes do Serviço de Enfermagem do HC-UFMG, ao conduzirem as situações de conflito vivenciadas pelas enfermeiras Orquídea, Pérola e Terra? Será que não prevaleceu uma conduta autoritária porque essas chefes, por exemplo, deixaram de analisar suas implicações afetivas, profissionais, políticas e ideológicas?

Diante desses questionamentos, reafirmo: as implicações necessitam ser analisadas constantemente, pois tanto os afetos positivos quanto os negativos, as posições políticas e ideológicas, podem influenciar significativamente as decisões no trabalho, podendo ser adotadas condutas arbitrárias e injustas.

Posso dizer que explicitar e analisar suas implicações serviu para as enfermeiras como um elogio, uma forma de ajudar o outro a explicitar alguns conflitos vivenciados ou até fazer o outro refletir sobre suas condutas, caracterizando, assim, nesse estudo, um autêntico momento de socioanálise.

Mas, eu também tive oportunidade de analisar minhas implicações durante o desenvolvimento dos encontros grupais, pois me recordo que tive certa dificuldade para fazer a restituição do terceiro encontro onde foi relatado uma situação de conflito entre uma das enfermeiras e as coordenadoras técnicas assistenciais presentes naquele momento.

Considerarei que essa era uma questão problemática, de enfrentamento e confronto de opiniões entre chefias e subordinados, uma situação que envolvia a VDTE, lugar que a princípio parecia não me pertencer, pois o meu vínculo é com a Escola de Enfermagem e não com o HC-UFMG. Além disso, a chefe geral do Serviço de

Enfermagem é uma professora e minha colega de Departamento, o que poderia parecer, nesse caso, que eu estava ali questionando as suas condutas, desviando, assim, os objetivos da pesquisa.

Outro fator dificultador para que tomasse a decisão de fazer essa restituição foi o fato de as coordenadoras técnicas assistenciais ficarem cara-a-cara com o problema, pois poderiam imaginar que eu estava colocando-as em xeque, perante uma situação extremamente complicada e delicada.

As anotações no diário de pesquisa mais uma vez me ajudaram a analisar as minhas implicações com as enfermeiras desse estudo e com esse trabalho de investigação, contribuindo para que eu tomasse a decisão de fazer a restituição, a qual disparou um importante processo de análise nos encontros subseqüentes.

Ressalto ainda que minha implicação afetiva com a enfermeira Águia foi explicitada no momento em que ela se emocionou no último encontro, chorando e desabafando ao falar de questões pessoais e de conflito que vivenciou no trabalho. Essa enfermeira trabalhou comigo em outro hospital e eu acabei ficando muito sensibilizada com o seu relato. Preocupada com essa colega de trabalho, dois dias após o termino dos encontros, fui até seu setor saber como ela estava.

Para entender a importância da análise das implicações tomei por base a citação de RODRIGUES e SOUZA (1987, p. 33) ao mencionarem que

está idéia de implicação deriva na de transversalidade. Indivíduos, grupos, e organizações vinculam-se, de uma forma, ou de outra, tanto com as instituições em análise, quanto com todo o sistema institucional. Rompe-se assim a ilusão da totalidade fechada. Ninguém é mais apenas o que aparenta ser (“membro” de “um” grupo, por exemplo). Esta talvez seja uma maneira de compreender a enigmática afirmação de que “estamos atravessados” pelas instituições, assim como de pensar o “coeficiente de transversalidade” alcançado em nossas intervenções e análises.

5.3.4- Poder falar para falar de poder: explicitando algumas transversalidades presentes nas relações de trabalho

O dispositivo de análise proporcionou às enfermeiras revelarem as relações de poder, os atravessamentos e as transversalidades presentes nas relações de trabalho e que, muitas vezes, desencadeiam situações de conflito.

Poder falar, para falar de poder deu oportunidade para as enfermeiras visualizarem a questão da transversalidade. Ou seja, o poder hierárquico das relações formais estabelecidas no organograma, que entra em choque constante com o poder das relações informais, estabelecidas durante o cafezinho, nos corredores, ou até mesmo no exterior das organizações.

Nesse sentido, o dispositivo contribuiu para que as enfermeiras pesquisadas ampliassem sua visão acerca das relações de poder que ocorrem principalmente entre os médicos e os enfermeiros, bem como entre os enfermeiros e os demais integrantes da equipe de enfermagem, tentando visualizar a necessidade de saírem da condição de grupos sujeitados para constituírem-se grupos sujeitos (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e até outros profissionais de saúde).

Pode-se dizer que, de certa forma, o grupo começa aumentar seu coeficiente de transversalidade em busca de cada vez mais tornar-se grupo sujeito, sugerindo o desenvolvimento de um senso crítico-reflexivo em relação às práticas profissionais e às relações de trabalho.

“(...) eu acho que o enfermeiro ainda carrega isso, parece que ele é dono de tudo, dono do hospital, dono do doente, apesar, de que o doutor é que é o dono, é o doutor que dá o diagnóstico, ele que interna, ele é que dá alta, o paciente é dele, mas, quem manda e desmanda é o enfermeiro e parece que o enfermeiro, até de uma forma inconsciente ele assume esta postura (...)” (Arco-Íris).

“(...) é desenvolver o trabalho numa parceria e não como subserviente, mas, como parceiros e aí a interdisciplinaridade, eu acho que ela é muito importante (...)” (Arco-Íris).

“A questão do autoritarismo acho que está muito relacionado a cada pessoa, pelo que eu tenho percebido (...) eu sei que existem pessoas no Hospital das Clínicas, como em todos os lugares que são autoritárias e acabam agindo de forma que vai ficar daquele jeito ali, porque se mudar um pouquinho, já tem restrições. E acho que em todos os setores tem pessoas autoritárias e tem pessoas abertas que estão dispostas a negociações, a trabalhar esse processo de negociação, que é raro, mas tão mais agradável. Quando se usa de autoritarismo eu acho que é o caos, a tendência é atingir quem está lá comandando aquele setor, mas com certeza reflete em todos que estão trabalhando (...)” (Terra).

“(...) o médico, o doutor, o cirurgião, ele chega lá (no setor de trabalho) e fala para você: ‘olha, é você que está de plantão aqui?’ Como um determinado cirurgião da equipe, chegou para mim e falou assim: ‘olha, é você quem está de plantão aqui? Você está vendo o exame do doente’, e jogou lá, e ele disse: ‘ele vai morrer por sua culpa’. Com mais quatro assistentes do lado dele, eu virei para ele e falei assim: ‘olha, ele não vai morrer por minha culpa, mas, se você quiser conversar nós podemos, se você não quiser você vai no diretor do hospital’, e virei as costas para ele e saí. Porque, eu não ia conversar com a pessoa naquele nível. Porque, às vezes, eles chegam na gente dessa forma (...)” (Orquídea).

“(...) o poder médico ainda é muito instituído, a hegemonia médica ainda é muito grande na área da saúde (...)” (Esmeralda).

“(...) porque nós sabemos que um hospital desse tamanho, desse porte, com essa complexidade, onde você tem várias clínicas e onde você tem vários chefes de equipe assumindo o poder no serviço, é o chefe que determina o poder. Então, o Hospital das Clínicas ele vive isso, ele vive uma gestão de Unidade que é Funcional (proposta de modelo gerencial democrático), mas, ele vive uma gestão onde o chefe do serviço decide o que faz e o que não faz, só que isso não é colocado nas reuniões formais (...)” (Orquídea).

“(...) me incomoda muito essa questão do enfermeiro, ele achar que ele é enfermeiro para obedecer ordens. Então, você pode até achar estranho falar assim: ‘mas, isso acontece ainda hoje?’ Acontece, e com muita frequência. A medida que a gente vai desenvolvendo senso crítico, a medida que a gente vai se preparando, então, ele (o enfermeiro) começa o processo de questionar (...) é uma coisa que a gente vê constantemente como que a pessoa, ela precisa trabalhar essa questão do senso crítico, principalmente, para decidir situações, que são situações, que ele é colocado contra a parede” (Orquídea).

“(...) eu acho que a questão é desenvolver senso crítico das pessoas (enfermeiros), isso é muito importante e eu acho que a Escola (de Enfermagem), ela não é responsável, mas, ela pode desenvolver isso, ela tem mecanismos para estar puxando isso (...)” (Arco-Íris).

Segundo L'ABBATE (2005, p. 241), “a intenção de toda análise é contribuir para a mudança de sujeito em sujeito”. O que propicia essa transformação é o aumento do coeficiente de transversalidade nos grupos inseridos em organizações. De acordo com a autora transversalidade pode ser entendida como os esforços de superar os obstáculos criados pela relação existente entre uma verticalidade presente nos relacionamentos formais do trabalho, visualizados por meio da estrutura organizacional e uma horizontalidade característica das relações informais.

A autora ressalta uma questão importante sobre o conceito de grupo sujeito e sujeito, mostrando que

não se trata de uma relação ou/ou, mas de compreender que no processo de constituição dos grupos há uma alternância entre momentos nos quais os indivíduos se guiam por princípios exteriores, de certa forma impostos, e de caráter reprodutor e, ao contrário, momentos onde as pessoas se orientam por formas de pensar e agir nas quais acreditam e apostam por um convencimento próprio (L'ABBATE, 2004 b, p. 8).

Corroboro com a autora quando menciona “é possível concluir que se intervém na direção da constituição de grupos mais sujeitos do que sujeitos (...).” Entretanto, considera-se que esse é um processo longo e difícil de mudança institucional. “Difícil, mas não impossível. Há que se começar por algum lugar, a partir de algum ponto, de alguma brecha”. Por isso, é necessário acreditar que possíveis intervenções podem ser feitas e que estas serão válidas para o “aperfeiçoamento e valorização do profissional e da própria instituição” (L'ABBATE, 1997, p. 286).

5.3.5- Um momento de avaliação: para as enfermeiras o que o dispositivo socioanalítico possibilitou?

Ao fazer uma avaliação dos encontros grupais as enfermeiras descreveram que o dispositivo de análise possibilitou crescimento pessoal e profissional; rever posições; trocar experiência e refletir os próprios problemas por meio da vivência dos outros colegas de trabalho.

Ressalto que uma das enfermeiras demonstrou expectativa e desejo de continuar o trabalho de grupo na perspectiva socioanalítica.

“Foi muito bom estar aqui com vocês, com as colegas ouvindo esses momentos de conflito que cada um viveu, poder refletir inclusive posições tomadas, também perceber como que as decisões não pensadas... também perceber como que as pessoas vêem as decisões do outro. Então, foi muito bom, gostei muito de estar aqui, foi um crescimento mesmo para a gente de ter esse momento de estar discutindo sobre conflito, conversando sobre conflito com os colegas, foi muito proveitoso mesmo” (Esmeralda).

“(...) eu achei interessante, porque a gente tem um grupo aqui totalmente heterogêneo, não é um grupo panelinha, no bom sentido da coisa, grupo que sempre se reuni para fazer um trabalho. Então, isso eu achei um ponto interessante ter essa diversidade (...) gostei muito de ter participado, acho que é válido, acho que a gente deveria estar participando mais. Eu gostaria de ter outros frutos desse nosso encontro aqui e a oportunidade de estar conversando mais com as pessoas desse grupo, de estar mobilizando outras pessoas, para estar tirando mais do que a sua tese de doutorado e obrigada pela oportunidade” (Águia).

“(...) uma das coisas que para mim esses encontros possibilitou é estar tendo oportunidade de discutir com outras pessoas o mesmo tema, uma coisa que é do dia-a-dia e que me chamou atenção também é a possibilidade de discutir com pessoas que pensam diferente (...)” (Orquídea).

“(...) eu gostaria de colocar que para mim foi muito interessante (...) foi até sorte da gente estar começando na DTE e ter uma discussão nesse nível, eu acho que enriquece muito e vai ajudar muito o trabalho da gente, porque cada um coloca as suas dificuldades, as suas formas de ver e de resolver conflito e eu acho que é uma experiência muito boa (...) nós somos mesmo diferentes, todos nós somos diferentes, eu acho que tem alguns momentos, alguns pontos que a gente está na mesma direção, mas a gente é diferente e os conflitos também. Eu acho que enriquece a gente e principalmente acho que a partir de agora que a gente teve essa oportunidade de estar discutindo. Então, eu estou achando muito bom, eu tenho até que agradecer essa oportunidade de estar discutindo e às colegas também, agradecer a oportunidade de estar podendo discutir” (Arco-Íris).

“(...) a gente sabe que todos têm problemas, mas, a gente não sabe quais são os problemas, quando a gente olha para o problema do outro a gente vê que o problema da gente não é tão grande assim, e aí a gente vai ficando mais forte é igual você ver uma pessoa doente aí você vê que você reclama muito da sua vida. Então, assim, ajuda bastante na estima, na valorização do seu trabalho” (Terra).

Mas, os discursos mostraram que as integrantes do grupo ainda têm medo de falar abertamente, de encarar o dispositivo como um espaço permitido para circular a palavra. Penso que isso se dá porque ainda não temos essa prática consolidada.

Certas pessoas ainda têm um certo receio de falar diante de certas pessoas, apesar de em alguns momentos, determinadas profissionais terem coragem de enfrentar a chefia e se expressar, até mesmo como uma forma de desabafo. E porque não de análise?

Percebo que o instituinte é desejado, mas ainda em alguns momentos ele dá medo.

“Eu quando vim para a primeira reunião eu estava pensando que ia vir todo mundo que respondeu o questionário (...) eu estava até falando assim: ‘nossa, vai ter momento que vai precisar de uma psicóloga para analisar, porque vai ter momentos que vai precisar utilizar uma psicanálise de grupo’ e até falei com a Carla: ‘você está preparada? Você lembra disso? Ai eu cheguei e não vieram as pessoas que a gente pensou que viria (...)’” (Pérola).

“Eu tinha muito medo de estar participando, inclusive eu até expus isso para você (a Coordenadora), porque para mim seria mais uma exposição, eu estou exatamente ainda vivendo um momento diferente na vida porque eu estou me preparando para sair daqui da instituição, sem querer sair, exatamente por esse fato de me sentir diferente e que aqui na instituição os diferentes não são aceitos, a gente é muito pouco ouvida, a gente percebe que ouvem-se muito mais as outras pessoas que falam sobre a gente do que a gente mesmo (...)” (Águia).

“Bom quando eu cheguei aqui eu achei ótimo porque não tinha pessoas que eu não confio, são pessoas que eu conheço pouco, mas... às vezes eu tenho mais confiança em pessoas que eu conheço pouco, do que naquelas que às vezes a gente conhece mais (...) dentre a lista da Carla, das pessoas que se ausentaram, eu achei que foi até favorável, eu senti mais liberdade estando aqui com vocês, porque com determinadas pessoas que estavam na lista da Carla, eu não falaria o tanto que eu falei, porque

tem essa coisa do que aparenta e do que é essência, então, eu tenho tido muita cautela com o que eu falo, por causa disso, porque muitas vezes a gente é mal interpretada, quando você se expõe você vai ter uma consequência, quer dizer vai ter várias consequências, às vezes as pessoas vão te olhar com bons olhos e podem te olhar com maus olhos. Então, infelizmente a gente tem que trabalhar um pouquinho isso. Porque aquela garrafinha ali eu estou vendo ela de um jeito, a Arco-Íris está vendo de outro, a Pérola, de outro. Então, cada um vê dando uma interpretação. Mas, esse grupo, pelo menos do meu ponto de vista, foi bem heterogêneo e eu conheço um pouquinho a Orquídea, a Esmeralda, a Pérola, a Águia e muito pouquinho a Arco-Íris, eu conheci mais aqui, então foi uma oportunidade” (Terra).

Algumas enfermeiras propuseram sugestões pensando em novas possibilidades de se lidar com as situações de conflito no ambiente de trabalho, na tentativa de (re) pensar suas condutas diante de situações dessa natureza.

“Eu acho que poderia estar sendo feito um trabalho de equipe, um trabalho de reciclagem, de treinamento, de reflexão, leitura, oficinas, tentar sensibilizar as pessoas e ouvir também, igual nosso grupo aqui, a gente está conversando, muitas vezes a pessoa muda de opinião, fortalece a pessoa, ela muda de opinião, reflete e muda. Eu acho que tudo é possível, ninguém é tão imperfeito assim, as pessoas podem ser trabalhadas” (Pérola).

“Sobre o que a Pérola colocou de reciclagens, oficinas para sensibilizar a equipe, eu acho que é por ai mesmo. Eu acho que essa é uma boa forma, um instrumento de estar impedindo ou até diminuindo a frequência... acho

que impedir não tem jeito e também não é bom, mas, pelo menos canalizando para que ao invés de ter conflito, as pessoas consigam encontrar soluções, aí o que eu colocaria e acrescentaria na reunião de equipe, que fosse incluído todos os profissionais que trabalham naquela unidade, o administrativo, e outros, médicos, porque acho que o entrosamento inclusive é que ajuda nessas oficinas que as pessoas conseguem discutir o que incomoda a todos e melhores soluções para as situações que já ocorreram e prevenir situações que possam a vir ocorrer também” (Arco-Íris).

“(...) eu tenho uma expectativa muito grande de que a enfermagem ela faça mais uso de fórum de discussões. É o que a gente está fazendo aqui, porque às vezes é difícil ouvir o outro que pensa diferente da gente. Então, quando você tem um momento para discutir, para ouvir uma opinião diferente se consegue construir” (Orquídea).

As propostas descritas vêm ao encontro de uma de minhas apostas: a utilização de dispositivos, como espaço permanente de análise e reflexão das relações e do agir profissional.

Nesta perspectiva tomo como referência as considerações realizadas por ARAGÃO et al (2000) que, em alguns de seus estudos, têm priorizado o grupo, enquanto dispositivo de intervenção. Essas autoras têm pensado a constituição de grupos, não como uma forma de dissolução de conflitos presentes nos relacionamentos interpessoais mas, ao contrário, como estratégia que possibilita o surgimento de contradições. Essas quando analisadas, podem levar à constituição de novas relações de trabalho e criação de um maior espaço de autonomia.

Entendo que esse espaço de discussão e análise, tanto da prática profissional, quanto dos dados coletados nessa investigação se constitui como um processo coletivo, aberto e dinâmico, uma roda humana que permite a entrada de outras pessoas que poderão somar, acrescentar, fortalecer nossas reflexões, mas, também criticá-las.

Enfim, não importa saber o tamanho da roda, mas sim acreditar que algum dia, em alguns momentos, ela possa se constituir no interior das organizações de saúde, para que possamos contar, analisar e intervir nas nossas histórias pessoais, familiares e profissionais, criando e recriando, quantas histórias quisermos e pudermos elaborar.

***6- APRESENTANDO UMA
DAS VERSÕES FINAIS
PARA ESSA HISTÓRIA***

A visão de uma pesquisadora
implicada

Entendo que nossas histórias podem ter vários finais, quantos quisermos e pudermos criar e imaginar.

Por isso, não estou finalizando essa história- científica-, ela não termina aqui. Esta é só uma das possíveis interpretações, de uma pesquisadora implicada, que pretende compartilhar o produto dessa obra com os diversos expectadores, os quais por meio de suas leituras e olhares críticos, poderão elaborar outras interpretações.

Nessa pesquisa, investiguei os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas-UFMG, motivada pelo fato de o enfermeiro desempenhar atividade de gerência nos serviços de saúde e freqüentemente lidar com relações conflituosas.

Por se tratar de um fenômeno processual, optei pela abordagem qualitativa, desenvolvendo uma pesquisa-intervenção em duas fases. Na primeira etapa, realizei uma pesquisa exploratória, com o objetivo de me aproximar dos sujeitos e do objeto de estudo, utilizando um questionário que foi aplicado, em setembro de 2003, a cento e cinco enfermeiros (105), e que, destes, trinta e sete (37) devolveram-no.

No segundo momento da investigação, utilizei a perspectiva da socioanálise, para construir um dispositivo, visando a criação de um espaço coletivo que permitisse à pesquisadora e às pesquisadas realizarem, conjuntamente, análises e reflexões acerca da prática profissional, focalizando situações de conflito vivenciadas no trabalho.

De acordo com LOURAU (1993, p. 30), o sentido da socioanálise está centrado, principalmente, na gênese do dispositivo socioanalítico. Portanto, esse método de intervenção tem por objetivo “criar um dispositivo de análise social coletiva”, ou seja, para o autor esse dispositivo “consiste em analisar coletivamente uma situação coletiva”.

Tendo como um dos fios condutores essas considerações teóricas, foram realizados cinco (05) encontros nos meses de setembro e outubro de 2005, com duração de duas (02) horas cada, dos quais participaram seis (06) enfermeiras, dentre as dezoito (18) que responderam na fase exploratória, afirmativamente, ao convite de participar do segundo momento do estudo.

Nessa fase, as integrantes ao elaborarem a demanda de análise do grupo, expressaram vários motivos para participarem dessa investigação e, dentre eles, destaco suas implicações com a pesquisadora.

Em um dos primeiros contatos que estabeleci com o objeto de estudo, por meio das respostas dos questionários, identifiquei uma concepção, predominantemente, negativa do conflito, sendo que das trinta e sete (37) enfermeiras que devolveram o instrumento, somente uma apontou que as situações conflituosas também podem ter aspectos positivos, proporcionando crescimento pessoal.

Nos encontros grupais, tivemos oportunidade de explorar melhor algumas questões, relacionadas aos conflitos organizacionais, podendo, dessa forma, identificar que as integrantes do grupo têm uma visão bipolar desse fenômeno. A princípio percebidos como negativos, os conflitos também podem ser identificados positivamente, desde que sejam discutidos com todos os envolvidos e conduzidos de forma adequada, podendo propiciar crescimento pessoal, profissional e organizacional.

A configuração da trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no HC-UFGM, elaborada durante os encontros grupais, evidenciou os seguintes tipos de conflitos: intrapessoal, interpessoal, intergrupais, de poder e de interesse. As principais causas que geram esses conflitos são: duplicidade de vínculo empregatício, deficiências na estrutura organizacional e no modelo de gerência implantado, escassez de recursos, centralização do trabalho, hierarquia, autoritarismo, imaturidade, escalas de serviço, falta de respeito e compromisso profissional, trazendo conseqüências para as relações interpessoais e para a assistência prestada.

Na fase exploratória, a maioria das enfermeiras, respondeu que se consideram preparadas para lidar com os conflitos no ambiente de trabalho, mencionando a maturidade e a experiência profissionais como elementos importantes na condução de situações conflituosas.

Entretanto, nos encontros grupais, onde pudemos discutir de forma mais aprofundada essa questão, a partir de relatos e de análises de casos vivenciados no trabalho, as enfermeiras revelaram explicitamente que não são e não estão preparadas para lidar com as situações de conflito que ocorrem no contexto organizacional.

Talvez por isso, mediante uma situação de conflito uma das primeiras estratégias utilizadas são suas ‘armas poderosas’- os instrumentos administrativos-, como uma das alternativas para lidar com situações dessa natureza. Além disso, outras estratégias foram constatadas, tais como: retirada, confrontação, abrandamento e negociação.

Nesse sentido, pode se dizer que as enfermeiras lidam de forma racional com essas questões, ao realizarem algumas ações burocratizadas e imediatistas, a fim de contornarem ou amenizarem a situação, assumindo que não se sentem preparadas para conduzirem questões problemáticas ligadas ao comportamento e ao relacionamento interpessoal. Sendo assim, em determinadas situações, solicitam ajuda aos psicólogos da Diretoria de Recursos Humanos do hospital.

Essas condutas e atitudes racionalizadoras podem começar a se configurar desde a formação profissional, visto que a estrutura curricular da maioria dos Cursos de Graduação em Enfermagem, acabam proporcionando aos alunos poucos espaços de formação, principalmente, na área de Ciências Humanas (Filosofia, Sociologia, Psicologia, Antropologia, entre outras disciplinas), o que dificulta a análise e a compreensão acerca do homem e de suas relações no contexto social.

Além disso, a meu ver, a teoria ministrada em sala de aula, muitas vezes, está distante da prática profissional realizada nas organizações de saúde. Assim, em muitos momentos pode-se representar a academia como uma redoma de vidro, onde do lado de dentro estão os alunos e professores- cercados por conceitos e teorias- observando como espectadores a dinâmica realidade dos serviços que ocorre do lado de fora. Neste sentido, a escola acaba privilegiando muito mais o ensino teórico em detrimento do ensino prático, desenvolvido durante os estágios, o que acaba afastando os alunos da realidade vivenciada pela equipe de enfermagem no ambiente de trabalho.

Dessa forma, além das Escolas de Enfermagem priorizarem o ensino teórico, focalizam a formação dos futuros enfermeiros em disciplinas biológicas, enfatizando questões técnicas da profissão, deixando em segundo plano, conforme expressei anteriormente, disciplinas da área de Ciências Humanas, fundamentais para se compreender dentre outras, as relações sociais.

Durante muitos anos nas Escolas de Enfermagem de modo geral, a formação dos enfermeiros estava voltada, basicamente, para o atendimento das necessidades do paciente, de forma submissa e mecanizada, pois esses profissionais eram proibidos de manifestar algum tipo de sentimento diante do seu paciente. Portanto, eram caracterizados como os ‘anjos de branco’, profissionais ‘assexuados’ e que deveriam ser caridosos, compreensíveis e benevolentes. Além de estarem, ‘sempre felizes’, deixando seus problemas do lado de fora da organização, para que os mesmos não atrapalhassem o bom andamento do trabalho.

Penso que este tipo de formação presente, por longo tempo, em grande parte das Escolas de Enfermagem, não contribuiu para que os enfermeiros desenvolvessem determinadas habilidades necessárias à compreensão das relações interpessoais e, conseqüentemente, as de natureza conflituosa. Habilidades e competências como, por exemplo capacidade de escuta, senso crítico, sensibilidade para analisar o outro e as situações cotidianas do trabalho, visando a autonomia e o processo de tomada de decisão, entre outras.

Sendo assim, cabe a nós (professores e enfermeiros) investirmos seriamente não só na graduação e pós-graduação, integrando o ensino, a pesquisa e a assistência, mas também na educação continuada dos profissionais do serviço, criando, coletivamente, estratégias metodológicas de ensino que sejam dinâmicas, interativas, baseadas em situações reais e sintonizadas com a realidade dos serviços de saúde, o que permite realizar análises críticas e reflexivas do processo de trabalho e do nosso agir profissional.

Durante os encontros grupais as enfermeiras citaram facilidades e dificuldades encontradas por elas ao lidarem com os conflitos no cotidiano. Dentre as facilidades apontaram: bom relacionamento e entrosamento com a equipe, respeito profissional, colaboração e coleguismo entre profissionais, dialogar e saber ouvir. Em relação às dificuldades mencionaram: inexperiência e imaturidade profissionais, não saber lidar com a hierarquia e autoridade nas relações de trabalho, falta de instrumentos administrativos e apoio das chefias, aceitar a palavra não.

Freqüentemente as enfermeiras são solicitadas pela equipe de enfermagem e até mesmo pela equipe de saúde, para responderem sobre determinadas situações conflituosas que ocorrem nos setores de trabalho. Constata-se que muitas vezes elas se apresentam como mediadoras desses processos conflitivos, além de ocupar naturalmente o papel de ‘psicóloga’ da equipe de enfermagem, uma vez que os trabalhadores se aproximam dessas profissionais para pedir ajuda, relacionada a diversos problemas quer sejam pessoais, profissionais e/ou familiares.

Como gerentes de relações, as integrantes do grupo explicitaram que têm dificuldades para lidar com as tecnologias leves, que compõem um conjunto de saberes fundamentais para se compreender, principalmente, os relacionamentos sociais nas organizações. Desenvolvem seu trabalho centrado, principalmente, nas tecnologias leve-duras e duras.

O dispositivo socioanalítico utilizado nesse estudo, possibilitou-me fazer algumas aproximações entre a teoria e a prática. Vários conceitos emergiram nas discussões e nas análises realizadas durante os encontros grupais. Neste sentido, gostaria de destacar alguns momentos desses encontros que me pareceram significativos e me permitiram visualizar essa articulação teoria-prática, prática-teoria.

O referido dispositivo permitiu dar vozes às pessoas, explicitando alguns ruídos institucionais. Isso ficou evidente nos discursos de Pérola que desde o primeiro encontro vinha expressando, ora de forma mais velada, ora de forma um pouco mais explícita, uma situação de conflito vivenciada por ela no ano de 2003, em que envolvia uma decisão arbitrária e, segundo ela, autoritária da VDTE.

Mas, foi um dos discursos de Orquídea que realmente explicitou o conflito que Pérola vivenciou. Então, eu pude perceber o quanto esse ruído ainda estava presente. Foi no encontro grupal que Orquídea pôde objetivar e concretizar a fala de Pérola, que de certa forma ficou agradecida por ter tido a oportunidade de falar sobre essa situação conflituosa, mesmo que isso se deu por meio de outra pessoa, pois o silêncio e o conformismo, provavelmente, ainda estava lhe sufocando. Pérola disse: “eu não sei falar como a

Orquídea, mas ela conseguiu objetivar toda a minha fala, tudo o que eu gostaria de falar...” E no final de um dos encontros ela fez questão de parabenizar sua colega de trabalho.

Sendo assim, devemos criar, cada vez mais, dispositivos coletivos de análise, a fim de oportunizar a fala e treinar a escuta dos ruídos, porque, às vezes, a gente pensa que o problema foi resolvido, que o barulho parou, mas ele só está latente e pode voltar à tona.

Em um dos encontros Esmeralda disse: “A DTE está aberta, estamos lá para receber todos”. Diante dessa fala, eu fiz uma reflexão: as chefias de enfermagem, provavelmente, estão mais receptivas, mas ainda precisam rever a sua forma de trabalho. Como disse Pérola: “precisamos rever as metodologias, elas estão arcaicas.

Não estou aqui questionando as pessoas que ocupam os cargos de direção da VDTE, mas questiono o modelo de gestão que ainda adotamos para desenvolver o nosso trabalho, pois esse foi construído historicamente e socialmente, baseado durante muito tempo nos princípios da escola clássica com as seguintes características: centralização das decisões, hierarquia rígida, autoritarismo, controle excessivo, focalização nas tarefas, entre outras. Isto porque, apesar de, atualmente, experimentarmos novos arranjos estruturais e gerenciais, penso que no dia-a-dia, nosso agir ainda está impregnado por esses princípios.

Nessa perspectiva, faz-se necessário (re) pensar a prática gerencial da enfermagem (SPAGNOL, 2005), buscando rever nossas condutas e formas de agir, a fim de (re) construirmos novos estilos e modelos de gerência. Temos que governar para produzir grupos sujeitos e não sujeitados.

Outro ponto importante foi quando a Orquídea relatou que no seu setor de trabalho a equipe de enfermagem tem uma dinâmica própria de funcionamento e que isso não foi respeitado pela VDTE, no momento em que as chefias tomaram algumas decisões.

Perante esse relato eu fiquei pensando o quanto nós (enfermeiros em cargos de chefia ou não) fazemos isso, diariamente, porque, muitas vezes, não enxergamos ou não queremos enxergar essa dinâmica de funcionamento, estabelecida por trabalhadores que tem olhares e ações interessadas. Querer enxergar, compreender e respeitar essa dinâmica própria de cada grupo inserido nas organizações de saúde abre possibilidades para

rompermos algumas condutas instituídas e cristalizadas há anos e isso, geralmente, depende um grande esforço e dá muito trabalho. É como disse a Esmeralda em um dos encontros: “mudar a cadeira que está no mesmo de lugar há anos, não é fácil”!

Mas, foi nas brechas do instituído, que se criou, coletivamente, um movimento instituinte (mesmo que pontual e incipiente) concretizado pelo desenvolvimento do dispositivo socioanalítico, que nessa investigação pode ser considerado um analisador construído.

Assim, os discursos produzidos nesse espaço coletivo, de certa forma revelaram o interior da organização hospital e das instituições medicina e enfermagem, trazendo à tona, poderes instituídos, jogos de interesse, relações de dominação, condutas autoritárias e contraditórias, entre outros fatores, que muitas vezes são os que estruturam as relações e os processos institucionais, causando situações conflituosas no ambiente de trabalho.

Com a criação do dispositivo socioanalítico, as enfermeiras saíram de suas rotinas habituais do trabalho, ou seja, deixaram de fazer injeções, planos de cuidado, escalas de serviço, para, nesse espaço de análise, realizar outras ações: falar, ouvir, escutar, desabafar, se emocionar, analisar e refletir, na expectativa de poderem (re) pensar a prática profissional.

Nesse sentido, o dispositivo como analisador construído, ‘desarrumou o que de certa forma estava arrumado’ na enfermagem, pois as enfermeiras, com o auxílio de uma terceira pessoa-a pesquisadora-, saíram das fileiras dispostas nos seus setores de trabalho, para em determinados momentos entrarem na roda, a fim de olhar, falar, ouvir e analisar o cotidiano do Hospital das Clínicas-UFMG.

Diante dessa ‘desarrumação’ na enfermagem a Arco-Íris completou: “ainda bem que foi no início da gestão”. Isto quer dizer, que ainda tem tempo para que novas metodologias de trabalho e novas formas de se gerenciar na enfermagem sejam encontradas.

No quarto encontro verifiquei, claramente, a importância da restituição no trabalho de intervenção socioanalítica (LAPASSADE e LOURAU, 1972), pois, Arco-Íris pôde expressar a ‘conversa de corredor’ que teve com a Esmeralda ao deixar o grupo no dia

anterior, possibilitando que, nesse momento de restituição, os membros do grupo discutissem e analisassem vários aspectos relacionados à situação relatada por Orquídea no terceiro encontro, a qual estava relacionada a determinadas condutas autoritárias da VDTE.

Segundo MONCEAU (1996), o trabalho de análise na intervenção socioanalítica, continua, mesmo fora dos espaços das sessões, por exemplo, durante as pausas para refeições. Por isso, segundo o autor, é necessário realizar a restituição a cada sessão.

Isto quer dizer que é importante trazer para o grupo analisar, os ‘ruídos de corredor’, as conversas paralelas ou aquelas que ocorrem, nos encontros diários durante o cafezinho, pois, são esses ruídos que quando explicitados fazem a ‘instituição falar’. Nesse momento podemos ter clareza do que está por trás dos nossos atos, da nossa forma de trabalhar, enfim, do nosso agir.

Antes de colocar um ponto final nessa história, gostaria de destacar um aspecto que me chamou a atenção: o fato de algumas questões relacionadas ao novo modelo de gerência implantado no HC-UFMG, aparecerem, praticamente, só no último encontro. Isso gerou várias dúvidas e me fez elaborar algumas perguntas: porque as enfermeiras que estão vivenciando a implantação das Unidades Funcionais, nas discussões grupais tangenciaram superficialmente essas questões? Qual foi a participação da enfermagem e da Escola na implantação desse novo modelo gerencial? Os trabalhadores estão entendendo, participando e decidindo nesse modelo que se diz coletivo e democrático? Qual é a forma de participação? Porque será que nesse grupo teve um certo silêncio em relação a esse modelo de gerência?

Enfim, penso que são perguntas, as quais não temos respostas imediatas e que necessitam de outra investigação, sendo o processo de implantação do novo modelo de gestão do HC-UFMG, tema para outros estudos, que podem tornar-se fundamentais para compreendermos cada vez mais o quanto é possível encontrarmos outras formas de organizar e gerir o trabalho nas organizações de saúde.

Várias são as análises possíveis. Essa é só uma delas proporcionada por um tipo de óculos que coloquei, num determinado momento, para olhar determinado contexto, pois poderia portar outras lentes e, então, focalizar outras questões.

Mas, nesse recorte de tempo e espaço, discursos importantes foram ditos e revelados nos encontros grupais. Às vezes, não tão explícitos, mas, surgiram como ruídos que precisavam ser escutados, a fim de explicitarmos os nós da trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no Hospital das Clínicas-UFMG.

Diante desses discursos produzidos pelas enfermeiras e do produto (final) dessa obra, sinto o desejo e a necessidade de continuar essa pesquisa-intervenção na vertente socioanalítica, uma vez que o dispositivo de análise, construído no segundo momento da pesquisa, me instigou a continuar pensando, coletivamente, em questões relacionadas à profissão, ao processo de trabalho, às instituições que fazemos parte, às nossas implicações, ao papel profissional, entre outras.

Portanto, sugiro desenvolvermos outros trabalhos tendo o dispositivo socioanalítico como um espaço coletivo de análise e reflexão das relações e práticas profissionais, pois embora nesse estudo vários nós da trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem tenham sido explicitados, essa investigação permanece inacabada, abrindo brechas para criarmos outros momentos de socioanálise, a fim de continuarmos a explicitar e até mesmo desatar, outros nós que muitas vezes dificultam as relações interpessoais da equipe, o que interfere de forma, significativa, na dinâmica do trabalho e da assistência prestada ao paciente.

***7- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- AGOSTINI, R. **O conflito como fenômeno organizacional:** identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público. Ribeirão Preto, 2005. (Dissertação- Mestrado- Universidade de São Paulo).
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Ed. Cortez, 1986. 128 p.
- ANDRADE, R. O. B.; ALYRIO, R. D.; MACEDO, M. A. S. **Princípios de negociação:** ferramentas e gestão. São Paulo: Atlas, 2004.
- ARAGÃO, E. M. A.; BARROS, M. E. B.; OLIVEIRA, S. P. Cotidiano em análise: algumas incursões. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.;
- BARROS, R. D. B. **Grupos e instituições em análise.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000. p. 92-106.
- BACKES, V. M. S. O legado histórico do modelo nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 52 (2): 251-264, 1999.
- BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa.** Tradução de Estela dos Santos Abreu e Maria Wanda Maul de Andrade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 280 p. Título original: La recherche-action dans l'institution éducative.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes:** teoria e prática. 3.ed. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1996.
- BARRANE, F. Nous ne sommes pas de robots faisant des piqûres. In: ARSLAN, L. R. (Org.). **Les infirmières.** Paris: Seli Arslan, 2004. p. 228-234.
- BARROS, R. D. B. **Grupo:** a afirmação de um simulacro. São Paulo, 1994. (Tese- Doutorado- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- BASTOS, A. V. B.; SEIDEL, T. T. O conflito nas organizações: a trajetória de sua abordagem pelas Teorias Organizacionais. **Revista de Administração**, 27 (03): 48-60, 1992.
- BELLATO, R; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 05 (01): 75-81, 1997.

BELLEGRARDE, P. Institutionnalisation, implication, restitution. **L'Homme et la société**, 147-148: 95-114, 2003.

BOWDITCH, J. L. **Elementos do comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.

BRASIL. Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986. Regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986. Jun 26 Seção 01; 9273-5.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 03 de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Novembro 09. Seção 01; 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação geral de acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários. **Quadro demonstrativo da força de trabalho**. Brasília-DF, 2005.

BRITO, M. J. M. **O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea**. Belo Horizonte, 1998. (Dissertação- Mestrado- Universidade Federal de Minas Gerais).

BUENO, F. S. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. 11 Ed. Rio de Janeiro: FAE, 1986.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução da coisas e reforma das pessoas- o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997 a. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde- um desafio para o público**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997 b. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições- o Método da Roda**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000 a. p. 236.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 05 (2): 219-230, 2000 b.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003 a. p. 185.

CAMPOS, G. W. S. A guisa de intróito- construção de uma filosofia da prática em saúde. Método Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003 b. p. 09-18.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p. 122-149.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3.ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARRASCO, M.A.P. Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, 27 (1): 43-65, abr., 1993.

CAVALCANTI, M. F. **Negociando a partir de um conflito**. Ribeirão Preto, 1997. (Monografia- Graduação- Universidade de São Paulo).

CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. **É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde?** Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2002. /Mimeografado/.

CHAGUÉ, V. Gérer un conflit dans son équipe. **Revue du cadre soignant**, Paris, 02(3): 27-28, 2003.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 1992.

CHIAVENATO, I. **Administração, teoria, processo e prática**. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; BARROS, R. D. B. A instituição da supervisão: análise de implicações. In: SAIDON, O.; KAMKHAGI, V. R. (Org.). **Análise Institucional no Brasil**: favela, hospício, escola, FUNABEM. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p. 37-55.

COLLET, N.; CESARINO, C. B.; SANTOS, I. F. Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, 45 (2/3): 187-199, 1994.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**- teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. cap. 2, p. 31-50.

ETIZIONI, A. **Organizações modernas**. Tradução de Mirian L. Moreira Leite. Título original: *Modern Organizations*. 4 Ed. São Paulo: Pioneira, 1974. p- 190.

FALK, M.L.R. **A competência gerencial nos conflitos interpessoais**. Porto Alegre, 2000. (Dissertação- Mestrado- Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. Ribeirão Preto, 1996. (Tese- Livre Docência- Universidade de São Paulo).

FERNANDES, M. S.; SPAGNOL, C. A.; TREVISAN, M. A.; HAYASHIDA, M. A. conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas Teorias Gerais da Administração. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 11 (02): 161-167, 2003.

FERRAZ, C.A. **A transfiguração da administração em enfermagem**: da gerência científica à gerência sensível. Ribeirão Preto, 1995. (Tese-Doutorado- Universidade de São Paulo).

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul Enf**, São Paulo, 13 (especial): 91-97, 2000.

FERRAZ, C.A. **Ensaio sobre a reforma político administrativa hospitalar**: análise sociológica da transição de modelos de gestão. Ribeirão Preto, 2002. (Tese-Livre Docência- Universidade de São Paulo).

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 Ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1986.

FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. **Processo e relações de trabalho no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1985.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades em busca do desejo, do devir e de singularidades. Ribeirão Preto, 1999. (Dissertação-Mestrado- Universidade de São Paulo).

FRANCISCO, M. T. R.; CLOS, A. C.; SANTOS, I.; LARRUBIA, E. O. Estilos de administração do conflito entre enfermeiros (as): validação de instrumento. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, 50 (04): 577-590, 1997.

FREITAS, M. I. F. **A Análise Institucional como método de abordagem na pesquisa**. Belo Horizonte, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 1996. /Mimeografado/

FRIEDBERG, E. **O poder e a regra**: dinâmicas da ação organizada. São Paulo: Instituto Piaget, 1992.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, E. L. R. **Administração em enfermagem**: constituição histórico-social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991. (Tese- Doutorado-Universidade de São Paulo).

GOMES, E.L.R.; ANSEMI, M.L.; MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S.; PINTO, I.C.; ALMEIDA, M.C.P. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 7, p. 229-250.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**- teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Tradução de Suely Belinha Rolnik. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. Título original: La Révolution Moléculaire.

GUILLIER, D. Socianalyse et consultation professionnelle: de la socianalyse aux pratiques socianalytiques. **Pour**, 144: 179-189, 1994.

GUIRADO, M. **Psicologia institucional**. São Paulo: EPU, 1987.

HALL, R. H. **Organizações, estrutura e processos**. Tradução de Wilma Ribeiro. 3. ed., Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

HESS, R. **La socianalyse**. Paris: Editions Universitaires, 1975.

HESS, R. O movimento da obra de Lourau (1933-2000). In: ALTOÉ, S. (org) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. p. 15-46.

HESS, R.; SAVOYE, A. **L'Analyse Institutionnelle** (Que sais je?). 2 Ed. Paris: PUF, 1993.

HESS, R.; SAVOYE, A. L'intervention socianalytique. In: HESS, R.; SAVOYE, A. **L'Analyse Institutionnelle** (Que sais je?). 2 Ed. Paris: PUF, 1993 a. cap. 09. p. 97-111.

HESS, R.; AUTHIER, M. **L'Analyse Institutionnelle**. Paris: PUF, 1994.

HC descentraliza sua estrutura administrativa e gerencial. **Boletim do HC**, Belo Horizonte-MG, ano IV, n. 65, agosto 1999. p. 4.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Diretoria Geral. **Anteprojeto de Regimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte-MG, (s.d.).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Diretoria Geral. **Plano Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: 1999-2000**. Belo Horizonte-MG, 1999 a.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Diretoria Geral. **Projeto para implantação de um novo modelo de gestão no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Unidades Funcionais**. Belo Horizonte-MG, 1999 b.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Manual da Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte-MG, 2001 a.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Diretoria Geral. **Papel e atribuições dos Colegiados**. Belo Horizonte-MG, 2001 b.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Assessoria de Planejamento. **As Unidades Funcionais do HC-UFMG: um novo modelo de gestão**. Belo Horizonte-MG, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1 Ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. Campinas, 2002. (Tese-Doutorado- Universidade Estadual de Campinas).

JUNQUEIRA, L.A.C. Comunicação e negociação. Disponível em: www.intitutomvc.com.br. Acesso em: novembro de 2005.

L' ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO R. (orgs.) **Agir em saúde-** um desafio para o público. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. p. 267-292.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 08 (01): 265-274, 2003.

L' ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H.B.C; ALTOÉ, S. (org.). **Saúde Loucura- Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004 a. cap. 07, p. 79-99.

L'ABBATE, S. A análise institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. **Boletim do Instituto de Saúde**, 34: 06-09, 2004 b.

L'ABBATE, S. Intervenção e pesquisa qualitativa em Análise Institucional. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (orgs.) **Pesquisa qualitativa em saúde-** múltiplos olhares. São Paulo: Ed. Unicamp, 2005. p. 235-246.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Trad. Henrique Augusto de Araújo Mesquita. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. **Chaves da sociologia**. Tradução de Nattianael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. 202 p. Título original: Clefs pour la sociologie.

LAKATOS, E. M. **Sociologia da administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

LEITÃO, I.M.T.A; ARRUDA, R. B. Clima organizacional: novos rumos no perfil do enfermeiro e desafios a assistência de enfermagem. **O mundo da Saúde**, 28 (02): 151-159, 2004.

LEITE, M. M. J. **O ensino da disciplina administração aplicada à enfermagem: compreensão dos graduandos**. São Paulo, 1994. (Tese- Doutorado- Universidade de São Paulo).

LEMOS, J.M.C. História do Hospital das Clínicas. In: CORRÊA, E.J.; GUSMÃO, S.N.S. (org.). **Oitenta e cinco anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Coopmed, 1997. cap. 25, p. 136-140.

LIMA, S.M.L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública**, 30 (05): 101-138, 1996.

LIMA, M.A.D.S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998. (Tese- Doutorado-Universidade de São Paulo).

LIMA, R.C.D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Campinas, 1998. (Tese- Doutorado-Universidade de Campinas).

LIKERT, R. **Administração de conflitos: novas abordagens**. Tradução de Joaquim Pires da Silva. São Paulo: Mac Graw-Hill do Brasil, 1979.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. **Le journal de recherche: matériaux d'une théorie de l'implication**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ: Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro, 1993.

- LOURAU, R. **Actes manques de la recherche**. Paris: PUF, 1994.
- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (org) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. p. 186-198.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACDONALD, A. Conflito no topo: um jogo mortal. In: ARGYRIS, C. **O comportamento do executivo chefe: chave para o desenvolvimento organizacional**. São Paulo: Nova Cultural, 1987. p- 50-75.
- MACREZ, P. La gestion des conflits dans l'équipe de soins. **L'aide soignante**, 45: 09-17, 2003.
- MADEIRA, C. G. **Ensino aprendizagem teórico-prático da disciplina administração em enfermagem pelo método de projeto**. Campinas, 1997. (Dissertação- Mestrado- Universidade Estadual de Campinas).
- MAIS setores assinaram contrato de gestão. **Boletim do HC**, Belo Horizonte-MG, ano VII, n. 122, março 2002. p. 1.
- MARCH, J. G.; SIMON, H. A. **Teoria das organizações**. Tradução de Hugo Wahrlich. Título original: Organizations. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1981. p-353.
- MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. Trad. Regina Machado Garcez e Eduardo Schaan. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1999.
- MATOS, F. G. **Negociação e sua dinâmica na empresa:- administrando o conflito**. Rio de Janeiro: Ed. LTC- Livros Técnicos e Científicos, 1982.
- MATUMOTO S.; MISHIMA S.; PINTO I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, 17 (01): 233-241, 2001.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano os serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997 a. p. 117-160.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial 1997 b. p. 125-141.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO R. (orgs.) **Agir em saúde-** um desafio para o público. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997 c. p. 71-112.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A. 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, E. E.; ONOCKO R. (orgs.) **Agir em saúde-** um desafio para o público. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E.; ONOCKO R. (orgs.) **Agir em saúde-** um desafio para o público. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. 385 pp.

MERHY, E. E. **Saúde-** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social-** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 80.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento-** pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 06 (01): 07-19, 2001.

MONCEAU, G. L'intervention socialanalytique. **Pratique de Formation- Analyses Socialanalyse et ethnosociologie**, 32: 25-38, 1996.

MONCEAU, G. Enquête sur les monographies d'interventions socialanalytiques. **Les Études Sociales**, 133: 101-119, 2001.

MONCEAU, G. **Pratique socialanalytiques et sócio-clinique institutionnelle**. L'Homme et Societé, **147-148: 11-33, 2003**.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 13.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 22.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.

MOURA, A. H. Breves notas sobre os antecedentes históricos da Análise Institucional. **Rev Pulsional**, São Paulo, 1995.

MOURA, A. H.; VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F.; BARROS, R. D. B; CAMPOS, R. O.; L´ABBATE, S. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mario Gatti de Campinas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p. 167-185.

NEVES, C.E.A.B; LASALVIA, A. G.; SILVA, R. C. F.; HECHERT, A. L. C.; CARVALHEIRA, L. P. Relato e análise de uma experiência numa instituição escolar: nossos medos, nossas buscas, e nossas implicações. In: SAIDON, O.; KAMKHAGI, V. R. **Análise Institucional no Brasil: favela, hospício, escola, FUNABEM**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p.56-75.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Ed. Cortez, 1989.174 p.

PEREIRA, M. S. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um Hospital Universitário**. Belo Horizonte: Ed. Face-Fumec C-Arte, 2004. 164 p.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil de 1500 a 1930**. São Paulo: Ed. Cortez, 1989. 156 p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pequisa qualitativa na atenção em saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C. e MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção em saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.87-99.

PROJETO de Ufs conclui mais uma etapa. **Boletim do HC**, Belo Horizonte-MG, ano V, n. 126, junho 2002. p.3.

RIVORÊDO, C.R.S.F. Um modelo de organização, análise e interpretação de dados qualitativos. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (orgs.) **Pesquisa qualitativa em saúde- múltiplos olhares**. São Paulo: Ed. Unicamp, 2005. p. 207-215.

RIZZOTTO, M. L. F. (Re) vendo a questão da origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola de Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública. **Trajetos**, 02 (5): 110-123, 1995.

RODRIGUES, H. B. C. **As subjetividades em revolta**: institucionalismo francês e novas análises. Rio de Janeiro, 1993. (Tese- Mestrado- Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L. B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: SAIDON, O.; KAMKHAGI, V. R. **Análise Institucional no Brasil**: favela, hospício, escola, FUNABEM. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p. 17-36.

RONDEAU, A. A gestão dos conflitos nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (coord) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. Tradução de Christina T. Costa, Maria Helena C. V. Trylinski, Ofélia de Lanna Sette Torres. Título original: L'individu dans l'organisation. São Paulo: Atlas, 1996. p- 206-225.

ROSSO, D. T.; SILVA, M. J. P.; CIAMPONE, M. H. T. O que você negociou hoje? Considerações sobre o processo de negociação. **Revista Nursing**, 58 (6): 22-26, 2003.

SAAR, S.R.C. **Especificidade do enfermeiro**: uma visão multiprofissional. Ribeirão Preto, 2005. (Tese- Doutorado- Universidade de São Paulo).

- SAIDON, O.; KAMKHAGI, V. R. **Análise Institucional no Brasil:** favela, hospício, escola, FUNABEM. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.
- SANTOS, I. Teorias organizacionais em administração em enfermagem: pontos para reflexão. **Revista Baiana Enfermagem**, 02 (2): 74-93, 1986.
- SAVOYE, A. Du passe, faisons l'analyse: le traitement de l'histoire. In: HESS, R. e SAVOYE, A. **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988. p. 153-164.
- SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Am Enfermagem**, 12 (04): 623-30, 2004.
- SILVA, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde:** cartografias da gerência. Campinas, 2004. (Tese- Doutorado- Universidade Estadual de Campinas).
- SORIN, C. **Interêt du conflit et conflit d'interets au Bloc Operatoire**. Paris, 2003. (Memoire- Diplome Cadre de Santé- Institut de Formation des Cadres de Santé- Assistance Publique Hopitaux de Paris).
- SPAGNOL, C. A. **Tendências e perspectivas da administração em enfermagem:** um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. Ribeirão Preto, 2000. (Dissertação- Mestrado- Universidade de São Paulo).
- SPAGNOL, C. A.; VALLE, M. S. F.; FLÓRIO, M. C. S.; BARRETO, R. A. S. S.; SANT'ANA, R. P. M.; CARVALHO, V. T. O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 35 (2): 122-129, 2001.
- SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 23 (1): 114-131, 2002.
- SPAGNOL, C. A.; SILVA, C. M. M. F.; FIGUEIREDO, E. S.; NASCIMENTO, J. C.; SANTOS, M. B.; DONOSO, M. T. V., et al. Comissão de Estágios em Enfermagem: a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, 08 (2): 326-329, 2004.

SPAGNOL, C. A.; FERNANDES, M.S. Estrutura organizacional e os serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Rev Gaúcha Enferm**, 25 (02): 157-64, 2004.

SPAGNOL, C. A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (1): 119-127, 2005.

TREVIZAN, M.A. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.

TREVIZAN, M.A.; MENDES, I. A. C.; GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Utilização das teorias administrativas na produção do conhecimento sobre administração em enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v.44 (4): 36-40, out./dez, 1991.

UNIDADES gestoras em 98. **Boletim do HC**, Belo Horizonte-MG, n. 30, janeiro 1998. Editorial.

WALTON, R. **Pacificação interpessoal: confrontação e consultoria de uma terceira parte**. São Paulo: Edgard Blucher, 1972.

8- ANEXOS

ANEXO I
Programa da disciplina Administração em Enfermagem II

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Departamento Enfermagem Aplicada

DISCIPLINA ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM II (7º período)
2º semestre/2000

Período de oferecimento: 17/10 à 11/12/2000 de 3ª e 5ª feiras e a partir de 27/11 de 2ª à 6ª

Horário: 7:00 às 11:50'

Local: Escola de Enfermagem e Unidades de Serviço de Saúde

Aprovado em reunião de Câmara do
Departamento de Enfermagem Apli-
cada/ENA em 11/10/2000

Docentes: Profª. Eliana Aparecida Villa (coordenadora)
Profª. Maria Édila de Abreu Freitas (sub-coordenadora)
Profª. Adelina Gonçalves Sobrinho
Profª. Carla Aparecida Spagnol
Profª. Heloísa de Carvalho Torres
Profª. Marta Pimentel



Carga horária: 60 horas teóricas
45 horas práticas

Ementa: Gerência do Serviço de Enfermagem. Planejamento, aplicação e controle de recursos institucionais. Administração da assistência de enfermagem.

Objetivo Geral: Analisar a gerência do serviço de Enfermagem, considerando o planejamento, aplicação e controle dos recursos institucionais.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

I. Gerência em enfermagem

- a) Conceito e origem da gerência, gestão e administração;
- b) Mudanças organizacionais e as novas tendências gerenciais;
- c) Conflito e negociação
- d) O papel do enfermeiro gerente nos diferentes modelos organizacionais: organograma do serviço de enfermagem.

II. Sistemas de informação:

- a) Conceitos;
 - b) Elementos (recursos);
 - c) Gerência do sistema de informação;
 - d) Fontes de informação.
- Sistema de informação em enfermagem:
- a) Evolução e tendências;

- b) Composição do sistema;
- c) Vantagens e desvantagens;
- d) Limitações.

III. Habilidades e instrumentos da gerência:

- a) A tomada de decisão no processo gerencial de enfermagem;
- b) Liderança: conceitos, tipos, tendências, o papel do enfermeiro enquanto líder, liderança e comunicação, construção do líder;
- c) Criatividade e inovação.
- d) Negociação e Conflito institucional
- e) Supervisão: conceitos, a supervisão enquanto instrumento da gerência, papel e perfil do supervisor na visão gerencial moderna, etapas do processo de supervisão.

IV. Gerenciamento de recursos institucionais:

a) Físicos:

- 1. Ambiente físico e sua interferência no processo assistencial;
- 2. Atos normativos que orientam os recursos físicos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

b) Materiais:

- 1 Papel do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais:
 - ⇒previsão, provisão, manutenção e controle;
 - ⇒Controle de qualidade de material.
- 2 Atos normativos que orientam o planejamento e dimensionamento de recursos materiais em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

c) Financeiros:

- 1 . A participação da enfermagem na relação custo/benefício do processo assistencial no contexto institucional.

d) Humanos:

- 1 Funções da gerência de recursos humanos (dimensionamento, recrutamento, seleção, desenvolvimento e capacitação de RH e avaliação).
- 2 Dimensionamento de pessoal e escalas mensal e de serviço

V. O Diagnóstico Administrativo de Enfermagem (DAE)

- a) a importância do DAE para o planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado em enfermagem;
- b) O DAE tendo como pano de fundo (substrato) a ambigüidade funcional do enfermeiro (administrar e cuidar)
- c) Avaliação de resultados (cuidado).

METODOLOGIA

As atividades didáticas serão desenvolvidas em forma de aula expositiva dialogada, seminários, exercícios práticos orientados, mesa redonda, dinâmica de grupo, entre outras. Ressaltam-se as iniciativas de introdução de metodologias de ensino que proporcionem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, bem como, o oferecimento dos conteúdos teóricos e práticos em momentos intercalados.

AVALIAÇÃO

Propõe-se avaliação somativa das atividades teóricas e práticas durante o seu desenvolvimento e após a conclusão dos conteúdos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITO, M. J. M. **O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 1998. 176 p. (Dissertação, Mestrado em enfermagem).
- BOCCHI, S. C. M. , FÁVERO, N. Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n.2, p. 41-58, jul.1996.
- FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1996. 92 p. (Tese, Livre docência).
- TREVISAN, M.^a **Enfermagem hospitalar; administração e burocracia.** Brasília: Universidade de Brasília, 1988. 142 p.
- NYKODUM, N. et al. Uma estrutura para 2001. **HSM Management** , Barueri, n. 5, p. 70 – 78, nov./dez. 1997.
- MILLER, J. A ferramenta do humor. **HSM Management**, Barueri, v. 1, n. 5, p. 80 – 84, nov./dez., 1997.
- LA TORRE, D. ENGELHARD. Gerenciamento das idéias. **HSM Management**, Barueri, v. 1, n. 6, p. 70 – 73, jan./fev., 1998. KAO, J. Criatividade e disciplina. **HSM Management**, Barueri, v. 2, n. 6, p. 76 – 82, jan./fev., 1998.
- GUIMARÃES, E. M. P. **Sistemas de informação: subsídios para a organização e utilização na coordenação da assistência de enfermagem.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Biblioteconomia, 1995. 119 p. (Dissertação, mestrado em Ciência da informação).
- KURGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991. 237 p.
- TAKAHASHI, R. T. & PEREIRA, L. L. Liderança e comunicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo, v. 25, n. 2, p. 123 – 35, ago. 1991.
- AGUIAR, S. As chaves do conhecimento. **Byte Brasil**, v.3, n.1, p. 47-49, 1994. apud COSTA e SILVA, E. **Sistemas de gerenciamento de documentos para Centros de Documentação e Informação.** Belo Horizonte: Instituto de Ciências Exatas da UFMG, 1995. (Dissertação de Mestrado).
- COONEY, J. P. Qual o valor real da informação? **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 20, n. 2, p. 179-190, jul/dez 1991.
- COSTA e SILVA, E. **Sistemas de gerenciamento de documentos para Centros de Documentação e Informação.** Belo Horizonte: Instituto de Ciências Exatas da UFMG, 1995. (Dissertação de Mestrado).
- CRONIN, B. C. Esquemas conceituais e estratégicos para a gerência da informação. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v.19, n.2, p. 195-220, set. 1990.
- MARIN, H. F. **Informática em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1995. 100p.
- ERDMANN, R. H. & ERDMANN, A L. O marketing e a enfermagem: a conquista de uma imagem encantadora do profissionalismo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 35 – 42, jul./dez. 1996.

**DISCIPLINA Administração em Enfermagem II –
CRONOGRAMA 2º sem/2000**

Aprovado em reunião de Câmara de
Departamento de Enfermagem Apli-
cada/ENA em 11/10/2000
de Camargo

Conteúdo programático	Objetivo específico	Data h/aula Local	Atividade de ensino	Docente	Experiência dos alunos	Recursos auxiliares	Avaliação Nº pfs
Apresentação e discussão do programa da disciplina	Discutir a programação da disciplina e fazer as adequações necessárias	17/10 2h EE	Leitura e discussão do programa da disciplina	Todas	Discussão	Programa da disciplina	
I. Gerência em enfermagem a) Conceito e origem da gerência. b) Mudanças organizacionais e as novas tendências gerenciais; c) O papel do enfermeiro gerente nos diferentes modelos organizacionais;	Conhecer e discutir os conceitos de gerência, gestão e administração e sua evolução através dos tempos Analisar as mudanças ocorridas nas organizações de saúde e o papel do enfermeiro nos diversos modelos organizacionais	17/10 e 19/10 08 h EE	Aula expositiva dialogada Leitura orientada de textos complementares	Marta	Participação na exposição Leitura Vivência em sala de aula	Quadro de giz Retro-projetor Textos complementares	Participação dos alunos

<p>II -</p> <p>Sistemas de informação:</p> <ol style="list-style-type: none"> Conceitos; Elementos (recursos); Gerência do sistema de informação; Fontes de informação. <p>Sistema de informação em enfermagem</p> <ol style="list-style-type: none"> Evolução e tendências; Composição do sistema; Vantagens e desvantagens; Limitações. 	<p>Discutir sobre os aspectos essenciais dos sistemas de informação</p> <p>Analisar os SI em enfermagem como instrumento da gerência</p>	<p>21/10</p> <p>Sábado</p> <p>5 h</p> <p>EE</p>	<p>Aula expositiva dialogada</p>	<p>Eliana</p>	<p>Participação na exposição</p>	<p>Retro-projetor Láminas</p>	<p>Participação em sala de aula</p>
<p>III. Habilidades e instrumentos da gerência:</p> <ol style="list-style-type: none"> Processo decisório <ol style="list-style-type: none"> Significado da tomada de decisão; Sistema de informação como condição do processo decisório; Classificação da tomada das decisões e elementos do processo decisório; O enfermeiro e a tomada de decisão. 	<p>Identificar os elementos do processo decisório</p> <p>Relacionar o sistema de informação como condição para a tomada de decisão</p> <p>Discutir o processo de tomada de decisão como instrumento da gerência da enfermagem</p>	<p>24/10</p> <p>5 h</p> <p>EE</p>	<p>Aula expositiva</p> <p>Simulação</p>	<p>Heloísa</p>	<p>Exposição dialogada</p> <p>Dinâmica de grupo</p>	<p>Retroprojeto o jetor lámina</p>	<p>Participação em dinâmica 5 pts</p>

<p>2 Supervisão:</p> <p>a. conceitos</p> <p>b. supervisão enquanto instrumento da gerência;</p> <p>c papel e perfil do supervisor na visão gerencial moderna;</p> <p>d etapas do processo de supervisão.</p>	<p>Discutir o papel e perfil do supervisor na visão gerencial</p> <p>Identificar as etapas do processo de supervisão</p> <p>Discutir a função supervisão enquanto instrumento da gerência de enfermagem</p>	<p>26/10</p> <p>5 h</p> <p>EE</p>	<p>Aula expositiva</p>	<p>Eliana</p>	<p>Participação na exposição</p>	<p>Retro-projetor</p> <p>Lâminas</p> <p>Texto</p>	<p>Participação em sala de aula</p>
<p>3 Liderança:</p> <p>a. conceitos, tipos, tendências,</p> <p>b. o papel do enfermeiro enquanto líder,</p> <p>c. liderança e comunicação,</p> <p>d. construção do líder.</p>	<p>Discutir o papel do enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem, correlacionando os conceitos, tipos e tendências</p> <p>Discutir a utilização do processo de comunicação e sua influência na liderança</p> <p>Refletir sobre as tendências da liderança e construção do novo líder</p>	<p>31/10</p> <p>5 h</p> <p>EE</p>	<p>Aula dialogada</p> <p>Leitura e discussão de texto</p>	<p>Marta</p>	<p>Discussão de texto</p> <p>Participação na exposição</p>	<p>Retro-projetor</p> <p>Lâminas</p> <p>Texto</p>	<p>Participação em aula</p> <p>5 pts</p>
<p>Primeira Avaliação</p>		<p>07/11</p>		<p>Heloísa</p>			<p>15 pts</p>
<p>4 Criatividade e inovação</p>		<p>07/11</p> <p>EE</p>	<p>Aula expositiva</p> <p>Textos auxiliares</p>	<p>Édila</p>	<p>Discussão de texto e participação na exposição</p>	<p>Retro-projetor</p> <p>Textos auxiliares</p>	<p>Participação em aula</p>

<p>Conflito Organizacional e Negociação</p> <p>a) Situações de conflito</p> <p>b) Conflito entre a autoridade do especialista e a autoridade administrativa</p> <p>c) Métodos de resolução</p> <p>d) O enfermeiro como elemento de negociação intra e extraorganizacional</p> <p>e) Elementos básicos para a negociação</p>	<p>Discutir as diversas situações geradoras de conflito na gerência de enfermagem</p> <p>Refletir sobre os meios de negociação e métodos de resolução de conflitos</p> <p>Apresentar elementos básicos para negociação</p>	<p>09/11</p>	<p>Aula expositiva</p> <p>Utilização de textos auxiliares</p> <p>Dinâmica de grupo</p>	<p>Carla</p>	<p>Participação na exposição</p> <p>Participação na dinâmica de grupo</p>	<p>Retro-Projetor</p> <p>Textos auxiliares</p>	<p>Participação nas atividades propostas</p>
<p>IV. Gerenciamento de recursos institucionais:</p> <p>a) Físicos:</p> <p>1. Ambiente físico e sua interferência no processo assistencial;</p> <p>2. Atos normativos que orientam os recursos físicos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.</p> <p>b) Financeiros:</p> <p>1. A participação da enfermagem na relação custo/benefício do processo assistencial no contexto institucional</p>	<p>Conhecer os atos normativos que instruem a construção e instalação dos serviços de saúde</p> <p>Discutir sobre as implicações da planta física na assistência de enfermagem</p> <p>Conhecer e discutir a importância dos recursos financeiros para a prestação da assistência e gerência em enfermagem</p>	<p>14/11 e 16/11</p> <p>10 hs</p> <p>EASE e EEUF MG</p>	<p>Visita técnica</p> <p>Seminário de devolução</p>	<p>Todas</p>	<p>Visita técnica orientada à serviços de saúde</p> <p>Preparação e apresentação de seminário</p>	<p>Normas</p> <p>Projetos Físicos dos EAS</p> <p>Roteiro de orientação</p>	<p>Seminário</p> <p>10 pt.</p>
		<p>21/11</p> <p>5 h</p> <p>EE</p>	<p>Mesa redonda</p>	<p>Todas</p>			<p>Relatório</p> <p>5 pts</p>

<p>c) Materiais:</p> <p>1. Papel do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais: ⇒previsão, provisão, manutenção e controle; ⇒Controle de qualidade de material.</p> <p>2. Atos normativos que orientam o planejamento e dimensionamento de recursos materiais em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.</p>	<p>Discutir a importância da participação do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais.</p> <p>Conhecer e refletir sobre os atos normativos referentes aos recursos materiais nos EAS</p>	<p>23/11 e 28/11 10 hs EAS e EE</p>	<p>Ensino prático</p>	<p>Todas</p>	<p>Visita orientada à serviços de saúde Preparação e apresentação de seminário</p>	<p>Retro Projetor</p>	<p>Seminário 10 pt.</p>
<p>d) Humanos</p> <p>1-Funções da gerência de recursos humanos:</p> <p>a) recrutamento e seleção de RH, b) desenvolvimento e capacitação de RH, c) avaliação de desempenho.</p>	<p>Identificar as funções de gerência de RH e sua aplicação na enfermagem</p> <p>Discutir a participação do enfermeiro nas funções gerenciais de RH</p> <p>Analisar a importância da capacitação de pessoal de enfermagem para a prática</p>	<p>27/11 5 hs</p>	<p>Aula dialogada Discussão de textos</p>	<p>Eliana</p>	<p>Participação das atividades propostas em sala. Complementação prática em visita à EAS</p>	<p>Retro Projetor Papel Kraft canetas hidrocor</p>	<p>Participação nas atividades propostas</p>
<p>2) Dimensionamento de pessoal</p> <p>3) Escala de serviço e escala mensal de trabalho</p>	<p>Contextualizar a questão na atualidade Discutir as diferentes formas de dimensionamento</p> <p>Dimensionar os recursos humanos para enfermagem</p> <p>Elaborar escala mensal de enfermagem</p>	<p>29/11 30/11 e 01/12 15 hs EE e EAS</p>	<p>Aula dialogada Ensino prático em campo de estágio Exercício prático</p>	<p>Édila Todas Todas</p>	<p>Participação na exposição Presença e participação nas atividades Elaboração de escala</p>	<p>Retro projetor e lâmina</p>	<p>Seminário 10 pts</p>

Avaliação de resultados – Avaliação do cuidado	Analisar a importância da avaliação dos resultados da prestação do cuidado em enfermagem	04/12 5 h EE	Aula expositiva Exercício prático	Carla	Participação na exposição Execução de exercício	Retro-projetor Lâminas	5 pts
V. Diagnóstico Administrativo de Enfermagem (DAE)	Discutir a importância do DAE na gerência do cuidado	05/12 e	Aula expositiva	Édila	Participação na aula	Retro Projetor	
a) a importância do DAE para o planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado em enfermagem;	Analisar DAE enquanto meio para o planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado em enfermagem	06 e 07/12	Ensino prático	Todas	Exercício de DAE	Roteiro de orientação	Apresentação 5 pts
b) o DAE tendo como pano de fundo (substrato) a ambigüidade funcional do enfermeiro (administrar e cuidar);	Refletir sobre a prática do enfermeiro administrar x cuidar	15 hs	Apresentação dos resultados	Todas			
Trabalho escrito		11/12					10 pts
Avaliação final		11/12		Carla			20 pts

ANEXO II

UNIDADES FUNCIONAIS DO HC-UFG

1. Pronto Atendimento
2. Clínica Médica
 - Clínica Médica de Adulto
 - Dermatologia
 - DIP
 - Endocrinologia
 - Neurologia
 - Reumatologia
 - Centro de Tratamento Intensivo – Adulto
3. Hematologia
 - Agência Transfusional
 - Hematologia
 - Oncologia
 - Quimioterapia
 - Transplante de Medula Óssea
4. Unidade Multiprofissional na Promoção da Saúde
 - Fisioterapia
 - Psicologia
 - Serviço Social
 - Terapia Ocupacional

5. Gineco/Obstetrícia/Neonatologia

- Ginecologia
- Obstetrícia
- Neonatologia

6. Centro Cirúrgico

- Centro Cirúrgico
- Anestesiologia

7. Pediatria

8. Clínico/Cirúrgica I

- Cardiologia/Cirurgia Cardiovascular
- Nefrologia/Urologia
- Hemodiálise
- Pneumologia/Cirurgia Torácica
- Transplante Renal

9. Clínico Cirúrgica II

- Cirurgia Plástica
- Neurocirurgia
- Ortopedia

10. GEN CAD (Instituto Alfa de Gastroenterologia)

11. São Geraldo

- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Fonoaudiologia

12. Ambulatórios Bias Fortes e Borges da Costa

13. Apoio Diagnóstico por Imagem

- Imaginologia
- Medicina Nuclear

14. Patologia e Medicina Laboratorial

- Laboratório de Patologia Clínica
- Anatomia Patológica

15. Farmácia

16. Serviço de Nutrição e Dietética

17. Convênios e Particulares

18. Serviço de Processamento de Roupas e Esterilização de Materiais

- CME
- Costura
- Lavanderia

19. Infra-estrutura

- Caldeira
- Central de Equipamentos
- Limpeza
- Patrimônio
- Plantão Administrativo
- Portaria
- Reprografia
- Telefonia

- Transporte

- Velório

20. Financeiro

- Contabilidade

- Custos

- Faturamento

- Tesouraria

- Internação

21. Gestão de Materiais

- Almoxarifado

- CCQM

- Compras

22. Engenharia Hospitalar

- Manutenção

- Pequenas Obras

23. Recursos Humanos

Assessoria Técnica de Informática (SAME e Núcleo de Informática)

Assessoria de Comunicação

- 4) Quais são as facilidades e dificuldades que você sente ao lidar com os conflitos da equipe de enfermagem? Cite algumas.

FACILIDADES	DIFICULDADES

- 5) Na sua opinião, você acha que está preparado (a) para lidar com situações conflituosas que aparecem no cotidiano de trabalho? Justifique sua resposta.

- 6) Após este estudo exploratório, pretendo constituir um ou mais grupos de enfermeiros para aprofundar esta reflexão sobre o tema conflito. Este trabalho com o(s) grupo(s) fará parte da coleta de dados da minha pesquisa de Doutorado que está sendo realizada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, sendo assim, você poderá ser convidado para este trabalho. Você tem interesse em participar desta atividade?

() sim () não

Porque? _____

Se a sua resposta for afirmativa deixe seus dados que entrarei em contato posteriormente.

Nome:

Telefone:

Email:

Agradeço antecipadamente,

Profa. Carla Aparecida Spagnol

(Doutoranda em Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP).

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-01

Com a finalidade de realizar um estudo sobre os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem no contexto hospitalar pretendo desenvolver um projeto de pesquisa, com os seguintes objetivos: identificar as diferentes percepções de conflito dos enfermeiros do HC-UFMG; identificar os conflitos mais comuns que surgem nas relações de trabalho da equipe de enfermagem no contexto hospitalar; compreender como o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem lida com os conflitos no cotidiano; levantar facilidades e dificuldades que o enfermeiro sente ao lidar com os conflitos da equipe de enfermagem; identificar os principais fatores que geram conflitos nas relações de trabalho da enfermagem e propor estratégias de intervenção, direcionadas para a formação e qualificação profissional dos enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem, tendo em vista a análise e resolução coletiva dos conflitos inerentes às relações de trabalho.

Para a coleta de dados aplicaremos um questionário aos enfermeiros do HC-UFMG que concordarem em participar da pesquisa e estiverem na escala de plantão no momento da coleta de dados. Este instrumento constará de perguntas fechadas e abertas que buscam informações sobre dados de identificação e sobre o tema a ser pesquisado.

Como docente do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem-UFMG, tenho o prazer de convidá-lo (a) para participar voluntariamente deste projeto. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e divulgadas no meio científico e acadêmico, preservando o sigilo e anonimato dos informantes, dentre outras normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca do trabalho a ser realizado, tendo a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo assim que desejar, sem penalização alguma.

Telefone para contatos: Comitê de Ética em Pesquisas- 32489364 e da pesquisadora- 32489846.

Eu _____
R.G. n.º _____, como informante, afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e objetivos do referido trabalho, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins deste trabalho, tendo a garantia de que meu nome será mantido em sigilo. Não apresentando dúvidas, concordo em responder as perguntas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2003.

Assinatura do informante: _____

Assinatura da responsável pelo trabalho: _____

ANEXO V

Caracterização das enfermeiras (sujeitos da pesquisa), setor de trabalho, cargo de chefia, tempo de formação e de serviço no hospital. Belo Horizonte-MG, 2003.

Identificação	Sexo	Idade	Cargo de chefia	Local de trabalho	Tempo de formado	Tempo de serviço na instituição
Enfermeira 01	F	44 anos	(X) s () n	DTE	22 anos	21 anos
Enfermeira 02	F	44 anos	() s (X) n	ADE	19 anos	16 anos
Enfermeira 03	F	52 anos	(X) s () n	ADE	22 anos	19 anos
Enfermeira 04	F	29 anos	(X) s () n	ACC	10 anos	09 anos
Enfermeira 05	F	28 anos	() s (X) n	ABF	06 anos	09 meses
Enfermeira 06	F	48 anos	(X) s () n	ABF	23 anos	23 anos
Enfermeira 07	F	49 anos	(X) s () n	ABC	23 anos	20 anos
Enfermeira 08	F	46 anos	() s (X) n	ABC	10 anos	09 anos
Enfermeira 09	F	43 anos	() s (X) n	ABC	22 anos	19 anos
Enfermeira 10	F	37 anos	(X) s () n	AQT	13 anos	05 anos
Enfermeira 11	F	38 anos	(X) s () n	Hemodiálise	15 anos	14 anos
Enfermeira 12	F	54 anos	() s (X) n	RX	21 anos	19 anos
Enfermeira 13	F	43 anos	() s (X) n	HSG	14 anos	09 anos
Enfermeira 14	F	39 anos	(X) s () n	CME	10 anos	07 anos
Enfermeira 15	F	53 anos	() s (X) n	CME	22 anos	20 anos
Enfermeira 16	F	36 anos	(X) s () n	2º Sul	12 anos	06 anos

Enfermeira 17	F	37 anos	() s (X) n	2° Sul	14 anos	12 anos
Enfermeira 18	F	36 anos	() s (X) n	2° sul	13 anos	08 anos
Enfermeira 19	F	40 anos	(X) s () n	CTI adulto	08 anos	08 anos
Enfermeira 20	F	38 anos	() s (X) n	Maternidade	14 anos	05 anos
Enfermeira 21	F	45 anos	() s (X) n	Neonatologia	24 anos	08 anos
Enfermeira 22	F	46 anos	() s (X) n	Banco de Leite	21 anos	18 anos
Enfermeira 23	F	37 anos	(X) s () n	CC	10 anos	07 anos
Enfermeira 24	F	47 anos	() s (X) n	3° Sul	24 anos	19 anos
Enfermeira 25	F	31 anos	() s (X) n	8° Leste	02 anos	09 meses
Enfermeira 26	F	46 anos	(X) s () n	8° Leste	19 anos	11 anos
Enfermeira 27	F	46 anos	() s (X) n	9° Leste	14 anos	28 anos
Enfermeira 28	F	27 anos	() s (X) n	10° Leste	02 anos	02 anos
Enfermeira 29	F	48 anos	(X) s () n	10° Leste	24 anos	25 anos
Enfermeira 30	F	41 anos	() s (X) n	10° Sul	15 anos	—
Enfermeira 31	F	25 anos	() s (X) n	10° Sul	02 anos	01 mês
Enfermeira 32	F	27 anos	() s (X) n	Pediatria	02 anos	02 anos
Enfermeira 33	F	34 anos	() s (X) n	CTI pediátrico	09 meses	09 meses
Enfermeira 34	F	43 anos	(X) s () n	CTI pediátrico	23 anos	20 anos
Enfermeira 35	F	27 anos	() s (X) n	PA	02 anos	11 meses
Enfermeira 36	F	29 anos	(X) s () n	PA	07 anos	03 anos
Enfermeira 37	F	39 anos	(X) s () n	Pediatria	16 anos	15 anos

ANEXO VI



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 16/11/04.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 495/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "A TRAMA DE CONFLITOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: COMO DESATAR SEUS "NÓS"?"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carla Aparecida Spagnol

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais

APRESENTAÇÃO AO CEP: 28/09/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 16/11/05

II - OBJETIVOS

Identificar diferentes percepções de conflito dos enfermeiros do HC/UFGM; identificar os conflitos mais comuns que surgem nas relações de trabalho da equipe de enfermagem no contexto da organização hospitalar; compreender como o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, lida com os conflitos no cotidiano; levantar facilidades e dificuldades que o enfermeiro sente ao lidar com os conflitos da equipe de enfermagem; identificar os principais fatores que geram conflitos nas relações de trabalho da enfermagem; propor estratégias de intervenção, direcionadas para a formação e qualificação profissional dos enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem, tendo em vista a análise e resolução coletiva dos conflitos inerentes às relações de trabalho.

III - SUMÁRIO

Para compreender o objeto desta investigação será utilizado o referencial teórico metodológico da Análise Institucional. Foi utilizado um questionário como instrumento de coleta de dados, aplicado em julho de 2003. Será utilizado, no segundo momento da investigação, a técnica da oficina de trabalho como uma estratégia que irá proporcionar aos sujeitos envolvidos, um espaço coletivo de reflexão e análise.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O protocolo encontra-se bem estruturado com análise dos riscos e benefícios. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de novembro de 2004.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO VII

Belo Horizonte, 19 de setembro de 2005.

À enfermeira

Venho por meio desta agradecer sua participação na primeira fase da minha pesquisa de doutorado intitulada: **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição de saúde: como explicitar seus “nós”?**, respondendo em julho de 2003, um questionário sobre o tema em estudo.

A última pergunta do questionário dizia respeito ao seu interesse em continuar no segundo momento da pesquisa. Tendo em vista, que sua resposta foi afirmativa, tenho novamente o prazer de convidá-la para participar, voluntariamente, desta nova fase de coleta de dados.

Nessa segunda fase da pesquisa, tenho como objetivo construir coletivamente um dispositivo socioanalítico, a ser utilizado como espaço de análise e de reflexão da prática profissional do enfermeiro, focalizando as relações de conflito, vivenciadas pela equipe de enfermagem no HC-UFMG. Assim, para que esse trabalho se concretize é necessário que o grupo cliente (sujeitos da pesquisa), elabore claramente a demanda a ser analisada.

Neste sentido, estou lhe convidando para participar de um primeiro encontro no dia **27/09/2005 –3ª feira- às 10 horas na sala de aula do 8º Norte do HC-UFMG** com o objetivo de constituir o grupo cliente e discutir, coletivamente, os objetivos, a metodologia da pesquisa, bem como o cronograma das atividades.

Programação proposta para o 1º encontro:

10 h às 10:15 h- Café da manhã

10:15 às 11 h- Discussão do projeto de tese e construção coletiva do dispositivo socioanalítico.

11h- 11:30 h- Avaliação do dia de trabalho.

Conto com sua participação e agradeço antecipadamente.

Profa. Carla Aparecida Spagnol

ANEXO VIII

Caracterização das enfermeiras que participaram do segundo momento da pesquisa: setor de trabalho, cargo de chefia, tempo de formação e de serviço no hospital. Belo Horizonte-MG, 2005.

Identificação	Sexo	Idade	Cargo de chefia	Local de trabalho	Tempo de formado	Tempo de serviço na instituição
Enfermeira	F	46 anos	() s (X) n	ASV	21 anos	18 anos
Enfermeira	F	39 anos	() s (X) n	9° Sul	15 anos	07 anos
Enfermeira	F	56 anos	(X) s () n	DTE	23 anos	21 anos
Enfermeira	F	42 anos	() s (X) n	CTI adulto	10 anos	10 anos
Enfermeira	F	39 anos	(X) s () n	CC	12 anos	09 anos
Enfermeira	F	29 anos	() s (X) n	8° Leste	04 anos	04 anos

ANEXO IX

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-02

Pretendo dar continuidade ao estudo sobre os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem no contexto da instituição de saúde que tem como objetivos: conhecer as diferentes percepções de conflito dos enfermeiros do HC-UFMG; identificar os conflitos mais comuns que surgem nas relações de trabalho da equipe de enfermagem no contexto hospitalar e os principais fatores que geram esses conflitos; compreender como o enfermeiro lida com os conflitos no cotidiano; levantar facilidades e dificuldades que o enfermeiro sente ao lidar com os conflitos no ambiente de trabalho e propor aos enfermeiros a construção coletiva de um dispositivo socioanalítico, a ser utilizado como espaço de análise e reflexão da prática profissional, focalizando as relações de conflito, vivenciadas pela equipe de enfermagem no HC-UFMG.

Considerando a perspectiva da socioanálise, nessa segunda etapa da pesquisa, tenho como objetivo construir, coletivamente, um dispositivo socioanalítico a ser utilizado como espaço de análise e reflexão da prática profissional do enfermeiro, focalizando o tema da pesquisa. Esse trabalho será desenvolvido junto aos enfermeiros que concordaram, voluntariamente, em participar dessa fase. O local, a frequência, data e horário dos encontros serão discutidos previamente com os sujeitos do estudo, bem como os depoimentos serão gravados, com a autorização prévia dos participantes.

Como docente da Escola de Enfermagem-UFMG, tenho o prazer de convidá-lo (a) para participar voluntariamente desta etapa do estudo. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e divulgadas no meio científico e acadêmico, preservando o sigilo e anonimato dos informantes, dentre outras normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca do trabalho a ser realizado, tendo a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo assim que desejar, sem penalização alguma.

Telefone para contatos: Comitê de Ética em Pesquisas- (19) 37888936 (Unicamp), (31) 34994592 (UFMG) e da pesquisadora- (31) 34823050.

Eu _____ R.G. n.º _____, como informante, afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e objetivos do referido trabalho, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins deste estudo, tendo a garantia de que meu nome será mantido em sigilo. Não apresentando dúvidas, concordo em participar das atividades propostas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do informante: _____

Assinatura da responsável pelo trabalho: _____

ANEXO X

SITUAÇÃO DE CONFLITO VIVENCIADA POR UMA ENFERMEIRA DE UM HOSPITAL ESCOLA DE BELO HORIZONTE-MG.

Foi uma das primeiras vezes que eu tive mais dificuldades. Foi uma das primeiras vezes que eu senti uma grande dificuldade em falar: “que que eu vou fazer?” Eu estava escalada numa ala e na outra ala tinha uma outra enfermeira. E ia internar uma parente de uma medica, com problema... a gente não sabia o que que era, uma coisa relacionada com o sistema renal. E daí, a medica veio e pediu uma vaga. Ai eu preparei o leito na ala sul que é uma ala mais simples do hospital, eu preparei o leito, arrumei o leito para recebe-la. Só que ai eu fiquei sabendo, que a medica ficou sabendo, que o leito foi preparado nessa ala, que não tinha televisão, por exemplo, e queria ir para outra. Mas, “pô, a gente arrumou aqui, tal, só porque é parente?” Para mim, eu tento o máximo não fazer distinção para ninguém, eu quero tratar todo mundo da mesma forma, mas não era eu que estava respondendo pela outra ala. E ai, a outra enfermeira veio e falou: “Terra, nós não vamos preparar esse leito, o outro já está pronto”. Ai a medica veio atrás de mim: “porque que você não preparou... porque que não pode... qual que é o problema, que não pode internar onde tem televisão?” Ai eu falei: “não, nós estamos super apertadas, não tem auxiliar de enfermagem”... A gente estava arrumando as coisas, limpando, correndo, fazendo isso e aquilo e eu estava até num procedimento de micro cirurgia, onde estava puncionando um acesso central e eu falei: “ah, agora eu não posso conversar com você, eu estou aqui, daqui a pouco eu converso com você”. Ai a outra enfermeira veio: “e ai, o que que a gente faz?” Ai eu falei assim: “oh, deixa internar lá, já que ela está querendo tanto, arruma lá e interna”. Mas, a técnica de enfermagem que ia admitir o paciente, tinha um conflito com a medica, já tinha tido um conflito com essa medica e falou que não ia admitir, falou para a outra enfermeira. A outra enfermeira veio e falou assim comigo: “Terra, a Fulana falou que não vai admitir a paciente, porque é parente da medica”. Ai eu falei: “uai, o que que a gente faz?” “uai, eu nunca passei por isso aqui”, eu já tinha mais de um ano de pediatria, “nunca passei por isso aqui”. “Porque ela não vai receber e as outras estão super apertadas”. Eu falei assim: “faz o seguinte, se de tudo ela não quiser receber,

nós duas vamos lá e recebemos”. Tudo para não ficar... porque eu não gosto de usar de autoritarismo. Se a pessoa falar comigo não vou fazer tal coisa, o máximo que eu consigo fazer é ir lá e fazer, porque eu acho tão ruim...porque eu estou acostumada fazer, normalmente, o que me pedem e quando eu peço alguma coisa e eu acho que é uma coisa simples... provavelmente, ela não podia negar, mas como eu ia fazer? Eu ia falar com ela, você vai senão eu te dou uma chicotada, vou usar de autoritarismo? não. Então, eu falei: “olha...” A idéia que eu tive naquele momento foi: “a gente vai a hora que ela chegar, por que às vezes ela não chega no nosso horário”, estava quase no finalzinho do plantão, mas “a gente vai lá e admite, eu te ajudo, a gente vai e admite o paciente e pronto”. “Depois a gente vê o que que faz, conversa com essa funcionaria”, Porque isso, não é uma coisa correta, ah, eu vou negar porque é parente do fulano, não gosto do fulano. Então, para mim foi uma dificuldade, assim, foi a primeira vez, assim... pior que eu também não sei o que eu faço. Então, foi aquele mundo de implicância: a funcionaria implicando com a medica, que implicou com a gente. Eu falei assim: “negocio é o seguinte: vamos receber”, como diz a enfermeira que estava lá comigo: “recebo agora até do necrotério, se falar que está vivo, eu recebo”. **RISOS**. Mas, é assim, mas, depois que eu ouvi isso eu falei: “mas tem hora aqui, você pode até receber paciente...o paciente não tem culpa de nada. Essa menina ela é até minha paciente no mestrado, é minha paciente no mestrado, já fez transplante, ela chegou fazer diálise peritoneal, é já fez transplante renal. Mas, como são as coisas, porque infelizmente, a maioria das pessoas, dos profissionais, eles começam a brigar uns com os outros, é por causa do paciente, mas se o paciente estiver perto, eles não se preocupam se o paciente está ouvindo ou não. Porque fica tão feio, tão chato. E assim, eu acho que eles nunca ficaram sabendo, nem eu procurei saber, nem eu nunca contei, nem lembro desse assunto. Mas, foi uma situação difícil.

ANEXO XI

Adaptação da Matriz de análise de conflito apresentada por CECÍLIO (2002) e utilizada no segundo momento de coleta de dados.

Conflito em análise	Pessoas envolvidas	Causas	Conseqüências	Como lida atualmente	Facilidades	Dificuldades	Novas possibilidades de lidar com o conflito