

JANETE DE SOUZA URBANETTO

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS E GRUPAIS NO PROCESSO DE TRABALHO
DAS ENFERMEIRAS: convergências encontradas em dois hospitais universitários**

**FLORIANÓPOLIS
MAIO DE 2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS E GRUPAIS NO PROCESSO DE TRABALHO
DAS ENFERMEIRAS: convergências encontradas em dois hospitais universitários**

JANETE DE SOUZA URBANETTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

**ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Beatriz Beduschi Capella
CO-ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Ana Lúcia Cardoso Kirchhof**

Florianópolis, maio de 2002

29 de Maio de 2002

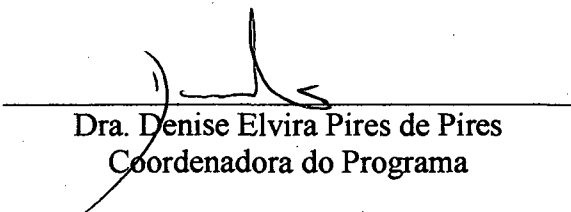
**RELAÇÕES INTERPESSOAIS E GRUPAIS NO PROCESSO DE TRABALHO
DAS ENFERMEIRAS: convergências encontradas em dois hospitais universitários**

JANETE DE SOUZA URBANETTO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:


Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 29/05/2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

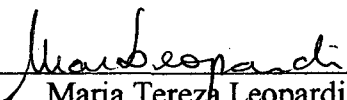


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:




Beatriz Beduschi Capella
Presidente-orientadora



Maria Tereza Leopardi
Membro



Rosa Maria Bracini Gonzales
Membro



Carmem Lúcia Colomé Beck
Membro Suplente

Dedico este trabalho:

A meus filhos, Felipe e Matheus.

A Pérola, Rubi, Ametista, Safira, Diamante, Ágata, Esmeralda e Topázio.

AGRADECIMENTOS

Ao término deste trabalho, agradeço:

A meu esposo, *João Elias* e aos meus filhos, *Felipe e Matheus*, pelo apoio, estímulo e compreensão neste momento tão importante de minha vida.

A *Pérola, Rubi, Ametista, Safira, Diamante, Ágata, Esmeralda e Topázio* pelo aprendizado, pela disponibilidade, pelo compromisso com a proposta e principalmente pela coragem de fornecer subsídios para discussão e reflexão do cotidiano de trabalho da Enfermagem. Agradeço também a *Jade* e a *Água Marinha* que não participaram de todo o processo, mas, com certeza, contribuíram com o grupo e com a proposta (foi uma grande perda para nós).

À *Prof.^a Dr.^a Enf.^a Beatriz Beduschi Capella*, orientadora deste trabalho, por todos os ensinamentos transmitidos por meio de sua teoria e de seus conhecimentos, durante as longas conversas, em que cuidadosamente planejamos toda a prática a ser desenvolvida, bem como a construção dessa dissertação. Sinto-me privilegiada por ter contado com sua orientação, que apesar da distância geográfica, foi ativa e decisiva no sentido de desenvolver um trabalho que fornecesse subsídios para que outras enfermeiras também pudessem utilizar a mesma metodologia e suporte teórico.

À *Prof.^a Dr.^a Enf.^a Ana Lúcia Kirchhof*, pelo apoio, ajuda e incentivo, por ocasião da implementação dos encontros e pelo despertar de um interesse acerca do processo de trabalho na área da Saúde, durante o convívio no Grupo de Estudos em Saúde e Trabalho.

Aos construtores do Sistema de Aprendizagem Vivencial, *Edimar Leite e Luis Carlos Ferreira* pela possibilidade de poder utilizar um referencial teórico que norteasse e subsidiasse toda a proposta deste estudo e também pela possibilidade de busca de convergências em relatórios de um programa por eles desenvolvido, permitindo, desta forma, um reforço aos dados por mim encontrados.

A *todos os autores* utilizados como referência para este estudo, pois o auxílio de suas obras possibilitou aprofundar as análises acerca da temática.

Ao *Hospital Universitário 1*, pela liberação para este curso de Mestrado, viabilizando a realização de um grande empreendimento pessoal e profissional.

À *Direção de Enfermagem do Hospital 1*, pela aceitação da proposta de estudo e liberação para a participação das enfermeiras interessadas.

Ao *Hospital Universitário 2*, pela grande contribuição com o meu estudo, fornecida pelo Programa “Vivendo e Trabalhando Melhor”.

A *todos os professores* do Curso de Mestrado, pelo aprendizado, pelo incentivo a vencer alguns obstáculos.

Aos professores que participaram da Banca de Qualificação, pela forma como foi conduzida a análise da proposta apresentada e pelas grandes considerações feitas. Agradeço então a *Beatriz Beduschi Capella, Maria Tereza Leopardi, Carmem Lúcia Colomé Beck, Francine Gecbcke e Ana Lúcia Cardoso Kirchof*.

Às *colegas* do Curso de Mestrado, pelo aprendizado, pelo convívio e partilhar de experiências e dificuldades.

À minha mãe, *Adelina*, por sua incansável presença em todos os momentos difíceis, proporcionando-me realizar mais este feito.

A meus *irmãos e familiares*, pelo constante incentivo, em especial a *Tânia* pelo companheirismo e ajuda nestas três décadas de convívio.

À *Rose*, pela ajuda dispensada junto a meus filhos, nos momentos finais desse trabalho.

RESUMO
RELAÇÕES INTERPESSOAIS E GRUPAIS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS
ENFERMEIRAS: CONVERGÊNCIAS ENCONTRADAS EM DOIS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS

Autora: Janete de Souza Urbanetto

Orientadora: Beatriz Beduschi Capella

Co- Orientadora: Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

No presente estudo, é relatada e analisada uma trajetória experienciada com enfermeiras de um hospital universitário, comparando-o com estudo similar realizado anteriormente em outra instituição de saúde. Centrou-se no objetivo de identificar as convergências referentes à dinâmica das relações grupais e interpessoais, no desenvolvimento do processo de trabalho das enfermeiras de dois hospitais universitários da região Sul do País, na perspectiva de estabelecer subsídios seguros que possibilitem às mesmas e demais integrantes da equipe de enfermagem atualizarem o seu papel profissional e institucional. Teve como questão norteadora: *quais as convergências encontradas na dinâmica das relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras de dois hospitais universitários da região Sul?* Como referencial teórico adotou-se a Teoria Sócio-Humanista de Beatriz B. Capella e Maria Tereza Leopardi, que forneceu a sustentação necessária para entender como se desenvolve o processo de trabalho na área da Saúde e Enfermagem, bem como o Sistema de Aprendizagem Vivencial, de Edimar Leite e Luis Carlos Ferreira, que possibilitou o suporte filosófico e teórico-metodológico para o desenvolvimento do referencial das Dinâmicas das Relações Grupais, além de subsidiar o planejamento, organização e implementação das vivências integradoras, que foram a base de todo este trabalho. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório, descritivo, cuja coleta dos dados dividiu-se em dois momentos específicos, sendo o primeiro realizado em um hospital universitário (Hospital 1), com o auxílio da pesquisa-ação, no qual o processo foi desenvolvido com o auxílio de discussões crítico-reflexivas em encontros coletivos, denominados vivências integradoras, cujo levantamento de dados subsidiou o segundo momento em que, utilizando-se da pesquisa documental em relatórios de um programa desenvolvido em um segundo hospital universitário (Hospital 2), buscaram-se convergências com os dados anteriores. Dentre as convergências encontradas, destaca-se a ausência de um processo formal de inclusão dos profissionais na instituição; tensão e relações conflitantes entre as diversas categorias de enfermagem; desformalização e personalização da função gerencial; ausência de uma política institucional que respalde seus gerentes na tomada de decisão; dificuldade em assumir a autoridade inerente ao cargo de enfermeira; não diferenciação do papel gerencial em relação às demais enfermeiras;

tendência a ancorar a autoridade da função nas referências das relações familiares; dificuldade no estabelecimento de limites mais assertivos; ausência de mecanismos permanentes e adequados de avaliação das atividades realizadas e dos processos relacionais do grupo. Conclui-se com este estudo que a temática Relações Interpessoais apesar da sua importância, não recebeu ainda a devida preocupação dos profissionais da área da Saúde, permanecendo secundarizado no processo de trabalho da enfermagem. Percebe-se que o cotidiano relacional das enfermeiras é bastante árduo, apesar de tentativas individuais ou em pequenos grupos de um aprimoramento, e que a política institucional não contempla mecanismos de minimização de fatores estressantes. Desta forma, evidenciam-se as lacunas deixadas pelos órgãos formadores e pelo sistema profissional, seja no aprendizado inicial ou na integração, apropriação e aprimoramento deste conhecimento.

Palavras-chaves: Enfermagem, relações interpessoais no trabalho, gerenciamento em enfermagem.

Universidade Federal de Santa Catarina

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Florianópolis – SC, 29/05/2002

ABSTRACT**INTERPERSONAL AND GROUP RELATIONS IN THE NURSES' WORKING PROCESS: CONVERGENCES FOUND IN TWO COLLEGE HOSPITALS**

Author: Janete de Souza Urbanetto

Orientation: Beatriz Beduschi Capella

Co- Orientation: Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

The present study reports and analyzes a trajectory experienced with nurses at a college hospital, and a comparison is made to a similar study previously conducted in another health-care institution. The purpose of the study was to identify convergences pertaining to the dynamics of group and interpersonal relations in the ongoing activities of nurses at two college hospitals in Brazil's southern region, in an attempt to establish safe subsidies that may enable the nurses and other members of the nursing team to update their professional and institutional role. Its guiding question was: *what are the convergences found in the dynamics of interpersonal and group relations in the ongoing activities of nurses from two college hospitals in the southern region?* For theoretical basis, Beatriz B. Capella and Maria Tereza Leopardi's Socio-Humanist Theory was adopted, which provided the support necessary for understanding how the work process is developed in the field of Health and Nursing, as well as Edimar Leite and Luis Carlos Ferreira's System of Learning by Experience, which ensured the philosophical and theoretical-methodological support to the development of data for the Dynamics of Group Relations, in addition to subsidizing the planning, organization and implementation of integrative experiences, which constituted the basis of this work. This is an exploratory and descriptive study utilizing a qualitative approach, in which data collection was divided into two specific stages; the first being conducted at a college hospital (hospital 1) with the aid of action-research, in which the process was developed with the support of reflexive discussions in collective meetings, denominated as integrative experiences, from which the data collected subsidized the second stage, when, by means of documental research on reports from a program developed in another college hospital (hospital 2), we looked for convergences with the previous data. Amongst the convergences found, the following stand out: absence of a formal process of admittance of professionals into the institution; tension and conflicting relations among the several nursing categories; deformalization and personalization of management; absence of an institutional policy to support managers on decision-making; difficulty in assuming the authority inherent to a nurse's position; absence of differentiation between management and other nurses; trend to rely the authority demanded by the position on references from family relations; difficulty in establishing more assertive limits; absence of steady mechanisms suitable for the evaluation of activities carried out and relational processes in the group. It was concluded with this study that the

topic Interpersonal Relations, despite its importance, hasn't been given the attention it deserves from health professionals, remaining as a minor issue in the nursing activity process. It appears that the relational daily life of the nurses is quite tough, in spite of attempts by individuals or small groups at an improvement, and that the institutional policy disregards mechanisms for soothing factors that lead to stress. Thereby, the gaps left by training institutions and the professional system are evident, either in the early training or during integration, grasping and improvement of the knowledge received.

Key-words: Nursing, interpersonal relations at work, nursing management.

Universidade Federal de Santa Catarina

Postgraduation in Nursing

Master's dissertation in Nursing – Focus: Philosophy, Health and Society

Florianópolis – SC, 05/29/2002

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	Xii
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	06
2.1 Objetivo geral.....	06
2.2 Objetivos específicos.....	06
3 REFERENCIAL FILOSÓFICO E TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	07
3.1 Uma Primeira Aproximação com a Temática.....	07
3.2 A Abordagem Sócio-Humanista e o Sistema de Aprendizagem Vivencial.....	11
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
4.1 O Primeiro Momento: desenvolvendo um processo de reflexão com as enfermeiras do hospital 1.....	35
4.2 O Segundo Momento: a busca de convergências entre as instituições estudadas.....	45
5 O PROCESSO REFLEXIVO DESENVOLVIDO COM AS ENFERMEIRAS DO HOSPITAL 1.....	50
5.1 O Primeiro Encontro: estabelecimento de vínculos.....	51
5.2 O Segundo Encontro: profissionalização do trabalho.....	55
5.3 O Terceiro Encontro: a dinâmica de inclusão.....	62
5.4 O Quarto Encontro: a dinâmica de controle.....	65
5.5 Quinto Encontro: a dinâmica de ajustamento.....	68
5.6 Sexto Encontro: a dinâmica de separação/avaliação.....	69
6 AS CONVERGÊNCIAS ENCONTRADAS NAS DUAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS.....	75
6.1 Dinâmica de Inclusão... ou de Exclusão?.....	76
6.2 Dinâmica de Controle... Dificuldades no Exercício da Autoridade Gerencial.....	88
6.3 Dinâmica de Ajustamento... A Profissionalização do Trabalho em Enfermagem.....	107
6.4 Dinâmica de Separação/Avaliação: A Apropriação da Experiência vivida.....	117
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
APÊNDICE.....	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estilos de liderança/gerencia	25
Figura 2	A grade do Conflito (Blake & Mouton, 1970)	26
Figura 3	Esquema representativo do modelo genérico de um encontro vivencial..	41
Figura 4	Colagem Dinâmica de Inclusão	84
Figura 5	Colagem Dinâmica de Inclusão	84
Figura 6	Colagem Dinâmica de Inclusão	85
Figura 7	Colagem Dinâmica de Inclusão	85
Figura 8	Colagem Dinâmica de Inclusão	86
Figura 9	Colagem Dinâmica de Inclusão	86
Figura 10	Colagem Dinâmica de Inclusão	86
Figura 11	Colagem Dinâmica de Inclusão	87
Figura 12	Colagem Dinâmica de Inclusão	87
Figura 13	Colagem Dinâmica de Controle	101
Figura 14	Colagem Dinâmica de Controle	102
Figura 15	Colagem Dinâmica de Controle	103
Figura 16	Colagem Dinâmica de Controle	103
Figura 17	Colagem Dinâmica de Controle	104
Figura 18	Colagem Dinâmica de Controle	104
Figura 19	Colagem Dinâmica de Controle	105
Figura 20	Colagem Dinâmica de Controle	105
Figura 21	Colagem Dinâmica de Ajustamento	114
Figura 22	Colagem Dinâmica de Ajustamento	114
Figura 23	Colagem Dinâmica de Ajustamento	115
Figura 24	Colagem Dinâmica de Ajustamento	116
Figura 25	Colagem Dinâmica de Ajustamento	116
Figura 26	Avaliação quarto encontro.....	148

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Termo de autorização	143
Apêndice B	Termo de consentimento livre e esclarecido	145
Apêndice C	Avaliação do 4º encontro	147
Apêndice D	Mensagem dinâmica de controle	149
Apêndice E	Instrumento de avaliação	152

1 INTRODUÇÃO

A reflexão acerca do ser humano, como constituinte de uma instituição geradora de trabalho, tende a projetar uma imagem de indivíduo produtivo, de mão-de-obra qualificada técnica e intelectualmente para o trabalho. Esta projeção traduz concretamente as práticas voltadas ao desenvolvimento da instituição-empresa, com vistas à maximização de resultados, como consequência das exigências da modernização tecnológica acelerada e desenvolvimento econômico.

Sob determinado ponto de vista, não há dúvida de que, ao valorizar o aprimoramento técnico, com certeza aumentamos a qualidade dos serviços prestados. Apesar da limitação dessa visão, a mesma perpassa muitos dos programas de treinamento e capacitação de equipes, descuidando-se assim de um ponto fundamental da condição do ser humano, ou seja, o que diz respeito às interações e relações interpessoais e grupais.

A Enfermagem, além de ser composta por várias categorias profissionais, age num ambiente de trabalho onde se situam outros profissionais da saúde, bem como aqueles que procuram os serviços de saúde, seus familiares e amigos, estabelecendo-se uma teia de relações interpessoais e grupais de caráter muito complexo, o que exige da enfermeira¹, profissional de referência, no meio, especial atenção ao gerenciamento destas relações

¹ Optou-se pelo termo enfermeira, por entender que nesta categoria profissional há uma predominância, em termos de gênero, do sexo feminino. Também pensando na população do estudo, o cargo de chefe é desenvolvido em 100%, por enfermeiras.

estabelecidas no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde. Este papel, muitas vezes, é secundarizado, o que, de certa forma, direta ou indiretamente, responde pelo panorama existente, em que são priorizados os elementos técnicos da assistência, esquecendo-se que, nessa assistência, estão inseridas pessoas, que assim como os trabalhadores e os indivíduos portadores de carências de saúde², possuem necessidades como seres humanos e como cidadãos e profissionais.

Para que o papel assumido pela enfermeira possa ser aprimorado e desenvolvido, é necessário o conhecimento das principais dinâmicas das relações grupais. A apreensão e análise deste conhecimento possibilitam e facilitam o desenvolvimento de um convívio grupal baseado na relação profissional, resultando em amadurecimento do grupo de trabalho, com vistas a transformar muitas das relações de cunho apenas pessoal.

Resgatar o profissionalismo, ou seja, a competência técnica, interpessoal e política no trabalho (BUENO, 1996), não significa anular as relações pessoais, pois essas são inerentes ao ser humano, que pode se identificar mais com um ou com outro, independente do local onde esteja. Trata-se de ter claro que, em um ambiente de trabalho, nem sempre nos identificamos com todos da mesma forma, pois somos seres diferentes e, como tal, podemos pensar e agir de forma diferenciada.

No entanto, no desenvolvimento de atividades grupais ou de equipe, é indispensável a integração das diversidades em uma unidade mais ampla, em que as diferenças contribuam para a composição de um grupo mais aprimorado e forte. Neste sentido, é de suma importância que as gerentes propiciem condições de não privilegiamento de grupos ou pessoas, para que não resulte em um ambiente que dificulte, obstrua ou impeça o alcance da finalidade do trabalho proposto.

A escolha da temática “Relações Interpessoais e Grupais no Processo de Trabalho em Enfermagem” para esta dissertação de Mestrado retrata as inquietações como enfermeira, inserida em um processo de trabalho que não se completa por si só, pois é

² Conforme Capella e Leopardi (1999, p.145) sujeito portador de carências de saúde “é um ser humano que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à intervenção dos profissionais (...)”. Para este estudo utilizou-se também, como sinônimos, os termos sujeito do cuidado, sujeito hospitalizado e sujeito que procura os serviços de saúde.

interdependente e complementar, e, por isso mesmo, influi e é influenciado pelo processo de trabalho de outros profissionais.

Nos dez anos de atuação como enfermeira, alguns questionamentos sempre estiveram presentes, bem como as reflexões proporcionadas pelo Curso de Mestrado instigaram a procurar entender de que forma se estabelecem as relações entre os profissionais da área, permanecendo a questão: se o trabalho da enfermagem é essencialmente um trabalho de relações, por que o trabalho em equipe tem dificuldades em se concretizar?

Lançar este olhar para a prática de Enfermagem em instituição hospitalar pressupõe, antes de tudo, entendê-la inserida no contexto da vida em sociedade, buscando desmitificar idéias, sentimentos e ações que se tornaram comuns na postura de diversos profissionais, podendo facilitar ou dificultar as interações, e, de forma mais abrangente, as relações grupais.

As ações desenvolvidas pela enfermeira, em instituição hospitalar, têm como foco a assistência ao sujeito que procura os serviços de saúde. Com este intuito, o seu cotidiano de trabalho é sinalizado, não só por ações diretas a esse sujeito, mas também por todo o gerenciamento da assistência prestada, colocando-a como elo de ligação entre o cliente e os demais sujeitos trabalhadores da área da Saúde.

Percebendo, na prática diária, a presença de relações conflituosas no interior dos processos de trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que persiste uma visão idealizada dessas relações, buscou-se realizar nas disciplinas de Metodologia da Pesquisa e Fundamentos da Administração da Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado um estudo que pudesse subsidiar e aprofundar as “impressões” e conhecimentos adquiridos acerca da temática em questão (URBANETTO, 2001a).

Após analisar o conteúdo das respostas emitidas naquela pesquisa, a partir da aplicação de questionários a vinte e oito (28) enfermeiras, afirma-se que as mesmas manifestaram a necessidade do estabelecimento de ações direcionadas ao aprimoramento dessas relações, apesar da constatação de que este tema não fazia parte de suas prioridades no planejamento e gerenciamento da assistência (URBANETTO, 2001a).

Na visão daquelas profissionais, havia a necessidade de estabelecer ações efetivas que buscassem modificar o perfil das relações retratadas como de competição, desconfiança, poder e submissão entre as enfermeiras; de submissão da enfermeira à classe médica; de poder, confronto e submissão entre as categorias de enfermagem; de dominação, onipotência e distância entre a equipe de profissionais e direção de enfermagem e de inexistência de relação entre equipe de enfermagem e direção geral.

A realização da pesquisa acima referida, intitulada “Gerenciando as relações interpessoais no cotidiano de trabalho da enfermagem”, confirmou e, de certa forma, ampliou o interesse em aprofundar estas questões, e a relevância dos resultados reforça a intenção de estabelecer um processo de continuidade dessa proposta, no sentido de ampliar a abrangência da discussão, possibilitando, inclusive, contribuir com o universo acadêmico, atual foco de atuação profissional, no sentido de resgatar pontos timidamente abordados durante o ensino de Graduação, a fim de que as futuras profissionais possam gerenciar o trabalho em enfermagem, e, por que não dizer, o trabalho em saúde³, de forma mais dinâmica, crítica, competente e criativa.

Assim, no estudo ora apresentado, busca-se olhar a complexidade da temática, trazendo, num primeiro momento, um processo de reflexão com as enfermeiras-chefes de um hospital universitário da região Sul, dentre as quais várias participaram do estudo referido, na perspectiva do aprimoramento de suas relações interpessoais e grupais, podendo, assim, a partir da “aquisição” desse conhecimento, fomentar mudanças qualitativas nas relações ali estabelecidas.

Num segundo momento, o cotejo com os dados levantados por outro estudo, em um hospital universitário, também da região Sul, nos anos de 1996 e 1997, tem como objetivo identificar as convergências entre as dinâmicas relacionais desenvolvidas pelas enfermeiras nos dois locais, ampliando e possibilitando uma certa generalização dos dados e resultados encontrados.

³ Cada vez mais as enfermeiras assumem cargos gerenciais que envolvem não só o Serviço de Enfermagem, mas também o gerenciamento de todo o processo de trabalho em Saúde, envolvendo os demais profissionais da área, bem como os sujeitos do cuidado e seus familiares e/ou acompanhantes.

Além disso, apresentam-se, ainda, contribuições advindas de todo esse processo vivido, bem como da experiência em atividades tanto pessoais como profissionais e institucionais, na perspectiva de contribuir para a transformação da práxis em Enfermagem.

Para isso, utilizam-se pressupostos e reflexões trazidas da prática, os referenciais filosóficos e teórico-metodológicos da Teoria Sócio-Humanista (CAPELLA e LEOPARDI, 1999) e do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV) (LEITE e FERREIRA, 1997; 1999), como também o embasamento teórico acerca do processo relacional humano, principalmente de Moscovici (2000).

Para este estudo, teve-se a seguinte questão norteadora: quais as convergências encontradas na dinâmica das relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras de dois hospitais universitários da região Sul?

Na seqüência, são apresentados os objetivos desta Dissertação, a sustentação filosófica e teórico-metodológica do estudo, o caminho percorrido para o alcance dos objetivos propostos, o processo de reflexão desenvolvido junto às enfermeiras de um hospital da região Sul, as convergências encontradas nas duas instituições escolhidas no que se refere às relações desenvolvidas nos seus processos de trabalho, conclusões, reflexões finais e recomendações, bem como a bibliografia e os apêndices.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar as convergências referentes à dinâmica das relações grupais e interpessoais no desenvolvimento do processo de trabalho das enfermeiras de dois hospitais universitários da região Sul, na perspectiva de estabelecer subsídios que possibilitem aos profissionais da área de Enfermagem atualizarem o seu papel profissional e institucional.

2.2 Específicos

- Desenvolver com as enfermeiras-chefes de unidades de um hospital universitário da região Sul um processo de reflexão acerca da dinâmica das relações interpessoais e grupais no desenvolvimento dos seus processos de trabalho.

- Levantar, junto aos relatórios de um Programa denominado “Vivendo e trabalhando melhor: uma proposta de reflexão e atualização das relações na enfermagem” desenvolvido em um outro hospital universitário da região Sul, dados referentes à dinâmica das relações interpessoais e grupais das enfermeiras no desenvolvimento dos seus processos de trabalho.

- Contribuir para a construção de um referencial filosófico e teórico-metodológico que possibilite às enfermeiras compreender e apreender a dinâmica das relações interpessoais e grupais no desenvolvimento dos seus processos de trabalho.

3 REFERENCIAL FILOSÓFICO E TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Uma primeira aproximação com a temática

Atualmente, já se sabe que o processo de trabalho em Saúde, e especificamente, o de enfermagem, não depende somente da qualidade e quantidade dos equipamentos e demais materiais e da capacidade técnica dos sujeitos trabalhadores, mas também das relações que esses estabelecem entre si e da sua competência em realizar um trabalho em equipe.

Neste processo relacional entre seres humanos, aqui denominado relações interpessoais e grupais, estão envolvidos aspectos culturais, sociais, políticos, econômicos, éticos, subjetivos, enfim, um conjunto de fatores que dão forma à realidade institucional.

Para Moscovici (2000, p.34), “não há processos unilaterais na interação humana: tudo que acontece no relacionamento interpessoal decorre de duas fontes: eu e outro(s)”. O ser humano se complementa através do convívio com o outro, a partir de sua história, seus valores, suas diferenças, ou mesmo, semelhanças.

A mesma autora (p.115) afirma que,

a interação humana é complexa e multidimensional (...) o simples fato de estar na presença do outro modifica o contexto perceptivo de cada um, promovendo interação que é, afinal, comunicação, com mensagens emitidas e recebidas de cada participante da situação conjunta.

Com o olhar voltado para o cotidiano hospitalar, é possível vislumbrar a enorme teia de relações que se processa continuamente, as quais, no vaivém consciente ou mesmo inconsciente, tomam rumos que facilitam ou dificultam o fazer como profissionais, bem como a qualidade dos resultados obtidos.

A Enfermagem, com “sua prática social cooperativa, institucionalizada e exercida por diferentes categorias profissionais, tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da Saúde, atender ao homem (...)” (CAPELLA, 1998, p.22). O mesmo ocorre com os demais processos de trabalho em saúde, que também são desenvolvidos por outros profissionais, tais como, médico, nutricionista, assistente social, entre outros. Esta concepção reforça a assertiva de que o processo de trabalho da Enfermagem acontece de forma interdependente com os demais profissionais da área da Saúde, existindo a necessidade de complementação das ações realizadas em ambas.

As relações interpessoais mantidas no interior desses processos de trabalho são, muitas vezes, responsáveis pela harmonia, respeito e pela qualidade de vida daqueles que o desenvolvem e, conseqüentemente, da qualidade do trabalho realizado. As relações de respeito mútuo exigem o (re)conhecimento do ser humano como único, que age e reage às influências do contexto em sua vida.

As inter-relações existentes no cotidiano das práticas em saúde nas instituições hospitalares envolvem, invariavelmente, os trabalhadores de enfermagem, os demais trabalhadores da saúde e os indivíduos que necessitam de atendimento às suas carências de saúde, ou sejam, os sujeitos do cuidado e seus familiares.

As relações que se dão entre os dois primeiros grupos de sujeitos, chamadas de trabalho em equipe e usualmente idealizadas como um trabalho de cooperação e colaboração ampla e incondicional, sem desentendimentos e com crescimento irrestrito de todos os seus componentes, deveriam garantir ao terceiro grupo de sujeitos, aquele que será assistido, o pleno atendimento às suas necessidades. No entanto, trabalho em equipe é um trabalho no qual se desenvolvem relações das mais diversas, de conflito, de poder, de forças, de fraquezas, de solidariedade, de competição, de complementaridade, de semelhanças, de diferenças, entre tantas outras, comprometendo, muitas vezes, o alcance da finalidade do trabalho em saúde.

Moscovici (1999, p.05) considera

equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. A comunicação entre os membros é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas, a confiança é grande, assumem-se riscos. As habilidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados, os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção. Respeito, “mente aberta” e cooperação são elevados. O grupo investe constantemente em seu próprio crescimento.

Como o comportamento humano não é programável (pois envolve seres vivos que possuem sentimentos, valores, necessidades, finalidades, estando os mesmos inseridos em um contexto dinâmico, possuindo uma história, entre outros.), o processo de trabalho-convívio em equipe exige amadurecimento dos sujeitos envolvidos, pelo reconhecimento de que as pessoas, amiúde, divergem na forma de visualizar, conceber, refletir e agir frente às mais diversas situações. E, como bem retrata Moscovici (2000), estas divergências inevitáveis influenciam diretamente os relacionamentos interpessoais e grupais.

Desta forma, as diferenças existentes não devem ser catalogadas como boas ou más, mas como extremamente oportunas e importantes, “pois propiciam riqueza de possibilidades, de ações para melhores e piores maneiras de reagir a qualquer situação ou problema” (MOSCOVICI, 2000, p.145).

O relacionamento interpessoal, para Moscovici (1999, p.42), “é essencialmente um processo, não uma categoria estática; por isso mesmo, fica sujeito a variações conjunturais de espaço, tempo e contexto”. Neste sentido, os relacionamentos são retratados por contradições e paradoxos da própria natureza humana, pois “contêm amor e ódio, confiança e suspeição, entusiasmo e desânimo, dominação e submissão, lógica e intuição, egoísmo e altruísmo, lealdade e traição, razão e tolice”.

Assim, pelas interações estabelecidas no processo de relações, os resultados não se limitam a um único ser, pois esse, ao interagir com os outros, promove também transformações que ultrapassam o âmbito pessoal, podendo gerar, no ambiente de relações, efeitos positivos – harmonia, respeito, cumplicidade; e negativos – competitividade desleal, jogo de interesses, dominação.

Martin Buber, apud Moscovici (1999, p.42-3), em seu estudo sobre *a relação eu-outro* descreve duas orientações básicas: o outro como objeto e o outro como pessoa, caracterizando dois tipos de relação: *eu-isto*, de sujeito com objeto, e *eu-tu*, de pessoa com pessoa. Ele relata que

a relação eu-isto é mais freqüente. Cada pessoa usa outras pessoas como objetos que servem à satisfação de suas necessidades, carências e desejos. Isto acontece usualmente entre pais e filhos, marido e mulher, professor e aluno, chefe e subordinado, amigos, colegas. A relação eu-tu, de pessoa a pessoa, pode emergir da conscientização da relação utilitária eu-isto, da descoberta da exploração e manipulação do outro para atender as próprias carências. Quando a pessoa se dá conta desta atitude de exploração, de rebaixamento ou negação do valor humano do outro, abre-se um caminho para resgatar o humanismo de ambos, para alcançar respeito, valorização e amor pelo outro.

Neste sentido, Moscovici (1999, p.43) elege a afetividade e o poder como dimensões fundamentais nas relações humanas. Ela relata que “o tipo de afetividade existente num relacionamento define sua principal característica: se é amistoso, cordial, de atração e simpatia recíprocas, ou se é de antipatia e antagonismo”.

Moscovici (1999, p.44) ainda complementa que, se a afetividade entre duas pessoas já é complexa, a complexidade aumenta, quando se depara com as relações afetivas de um grupo. Por isso,

além das modalidades bipolares oscilantes, entram em jogo outras emoções e sentimentos que permeiam todo o contexto dinâmico do grupo. Emergem atrações, ciúmes, ressentimentos, inveja, hostilidade, manobras manipulatórias de chantagem, sedução.

A segunda dimensão fundamental nos relacionamentos interpessoais é o poder. Para Moscovici (2000, p.136),

o poder consiste na capacidade de uma pessoa conseguir que outra pessoa ou grupo aja da forma desejada pela primeira (...) está intimamente relacionado ao processo de influência social (...) este lhe é conferido pelas outras pessoas que a percebem como detentora de um atributo especial, como capaz de influenciá-las.

Neste processo de inserção do sujeito no seu grupo de relações, e neste caso, em uma instituição hospitalar, perpassam sentimentos e necessidades de se sentir valorizado pelos demais, ao mesmo tempo em que traz à tona uma avaliação de si e de suas competências de conviver em grupo num processo complexo, dinâmico e evolutivo.

Nesta pesquisa, tentando promover reflexões acerca destas relações no cotidiano da enfermagem em instituição hospitalar, utilizou-se como objeto de reflexão um referencial teórico que pudesse provocar, juntamente com e a partir das vivências das enfermeiras, um processo na busca de aprimoramento das suas relações interpessoais e grupais no exercício profissional. O referencial em questão é sustentado pela Abordagem Sócio-Humanista para um “modo de fazer” o trabalho em enfermagem (CAPELLA e LEOPARDI, 1999) e o Sistema de Aprendizagem Vivencial (LEITE e FERREIRA, 1997, 1998, 1999, 2000,2001).

A integração desses referenciais possibilitou articular as relações interpessoais e grupais ao processo de trabalho em saúde e enfermagem. Neste sentido, a partir do conhecimento de como se desenvolve a dinâmica dessas relações, da apropriação de conceitos e identificação dos elementos constituintes do processo de trabalho, bem como da identificação das convergências referentes a este tema nos dois hospitais em questão, busca-se atualizar, redefinir, ou pelo menos, gerar inquietudes naquelas que compõem a enfermagem, na perspectiva de encontrar novas formas de atuação no exercício profissional dessa categoria.

3.2 A abordagem sócio-humanista e o sistema de aprendizagem vivencial

Os referenciais a seguir apresentados sustentam-se na Teoria Sócio-Humanista, de autoria de Beatriz Beduschi Capella e Maria Tereza Leopardi (1999) e no Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), criado por Edimar Leite e desenvolvido com Luis Carlos Ferreira (1997).

Com a Teoria Sócio-Humanista, uma proposta construtivista, que surgiu da preocupação das autoras com a necessidade de contemplar o real modo de desenvolver o trabalho de enfermagem, buscou-se referendar concepções, valores e crenças acerca do significado da enfermagem como prática social inserida em um contexto histórico e social específico.

Já o Sistema de Aprendizagem Vivencial, por ser uma proposta também construtivista e, em suas premissas, buscar aplicação em contextos a serem vividos e conduzidos de forma processual, sistêmica e evolutiva, num ir e vir em constante movimento integra-se perfeitamente à proposta sócio-humanista. Além disso, possibilita o

suporte teórico-metodológico para a realização de encontros coletivos, os quais podem ser planejados, organizados e desenvolvidos na forma de encontros vivenciais, também denominados vivências integradoras ou vivências institucionais (quando realizados em organizações), conforme preconizam os autores desse Sistema.

Além disso, acrescentam-se algumas contribuições pessoais, construídas a partir de muitas leituras e reflexões, de valores e crenças presentes na formação pessoal e profissional, e, principalmente, de vivências cotidianas profissionais, que possibilitaram a construção do conhecimento da realidade, buscando articular e integrar teoria e prática.

Assim, tendo como base estes dois eixos e demais reflexões realizadas, apresentam-se os pressupostos que nortearam essa Dissertação:

- Os diversos processos de trabalho em saúde são interdependentes e complementares entre si, uma vez que, para concretizar o ato assistencial, ou seja, atingir sua finalidade, há necessidade da intervenção de diversos profissionais num mesmo objeto de trabalho: o ser humano.
- Pelo fato de os processos de trabalho em saúde e enfermagem serem interdependentes e complementares, no interior dos mesmos se estabelecem as mais diversas relações. Isto pressupõe a necessidade do desenvolvimento de habilidades relacionais interpessoais e grupais.
- Para que se desenvolva adequadamente o processo de trabalho em saúde e especificamente na enfermagem, há a necessidade da apreensão de uma base teórica no que se refere às relações entre os diversos profissionais.
- A enfermeira, como coordenadora, formal ou não, do processo de assistência, assume também o papel de gerenciar as relações grupais no cotidiano de trabalho em saúde. Para tanto, necessita de instrumental teórico que dê sustentação a essa prática.
- A apreensão de uma base teórica para compreender as relações interpessoais e grupais pode possibilitar a sua complexificação, em função do seu caráter processual, sistêmico e evolutivo, e, a partir disso, mudanças qualitativas nas relações dos profissionais em saúde.

- A integração entre as habilidades técnica e relacional define a qualidade da assistência prestada ao ser humano, uma vez que no plano do cuidado, o “modo de fazer” o trabalho, é que vai imprimir maior ou menor qualidade a este.
- As pessoas constituintes da força de trabalho de uma instituição, não podem ser vistas como “recursos”, e, transformados, desta forma, em objetos produtivos. Há de se considerar suas características humanas, seus limites e possibilidades, promovendo, a partir de relações éticas, o seu desenvolvimento pessoal, profissional e institucional.
- As relações interpessoais e grupais no cotidiano de trabalho, em todas as suas faces, exigem atitudes éticas que se traduzem em respeito e valorização do ser humano, na busca de relacionamentos e interações verdadeiras e profissionais.
 - As relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas, bem como das atribuições e delimitações próprias a cada profissão, de modo que cada uma tenta estabelecer um campo específico de ações. Como no processo de trabalho em saúde os limites são de certa forma, imprecisos, e, muitas vezes se superpõem, acontece o conflito. No entanto, esses conflitos necessitam ser encarados e podem servir para, num processo de reflexão conjunta, o crescimento individual e coletivo dos trabalhadores (CAPELLA, 1998, p.93).

Na seqüência, tendo sempre em vista os pressupostos elencados anteriormente, apresentam-se os conceitos trazidos da Teoria Sócio-humanista, que, além de sustentarem teoricamente este estudo, nortearam e possibilitaram a introdução de uma referência para a prática assistencial.

O **ser humano** é um ser único que se desenvolve no mundo, e a partir dele, cria valores, percepções, sentimentos, necessidades. Esse mundo, formado por objetos e sujeitos, modifica e é modificado por esse ser, objetiva ou subjetivamente, dando-lhe uma identidade ora individual, ora genérica. Neste sentido, ser humano é um ser social que se limita e se complementa através das relações estabelecidas com a natureza (objeto) e com outros seres humanos (sujeitos) (Capella e Leopardi, 1999).

Para Capella e Leopardi (1999, p.143), o ser humano

está sempre transitando entre a sua particularidade, singularidade, individualidade e sua condição de ser social, cultural, genérico, universal. Nesse processo, objetivando-se no mundo, relacionando-se interna e

externamente com a natureza e seu mundo construído, o ser humano, na sua individualidade e nas suas relações com outros homens, na condição de sujeito de sua vida, construtor de sua liberdade e sua autonomia, pode ser pleno, inteiro, indivisível.

Em suas relações, o ser humano traz como característica primordial a criatividade. Esta o impele a nunca se satisfazer totalmente e o torna essencialmente um ser em constante transformação, por sua capacidade crítica. Como diz Vazquez (1986, p.192), “se o homem aceitasse a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de transformar-se. O homem age conhecendo e conhecendo agindo”. Diz ainda que, “o homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções” (p.247).

Como a característica do ser humano é viver em **sociedade**, Capella e Leopardi (1999, p.143) a conceituam como

a esfera existencial do ser humano, da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura, que estabelece premissas, limites e condições materiais, muitas vezes independente de sua vontade individual. A base de uma sociedade é composta pelas condições materiais, que determinam a sua formação, assim como das suas instituições e regras de funcionamento, das suas idéias e dos seus valores. É a partir das condições materiais e do meio em que vive, que o ser humano constrói a sua história, verifica os seus limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos, vontades.

Moscovici (1999) também reforça esta tendência na sociedade ocidental, tecnológica, na qual os valores materiais e o poder são destacados, suprimindo os valores humanistas do ser humano.

Nessa sociedade, a posição social e a postura adotada enaltecem ou subjagam as pessoas, estabelecendo relações de dominação, em sua maioria, na qual um ser se relaciona com outro, negando sua subjetividade, com o intuito de satisfação de suas necessidades e desejos.

Vivendo em sociedade e sendo criativo, o ser humano,

(...) no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua materialidade (força física) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros homens, para atender à sua necessidade natural de sobrevivência, determina uma outra forma de fenômeno – o **trabalho**,

que consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, pela definição de projetos, isto é, pela recriação da natureza. No entanto, hoje, o trabalho não mais se reduz à atividade de produção material, para responder à reprodução fisiobiológica (“mundo da necessidade”), mas envolve as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer (“mundo da liberdade”), segundo Marx. O trabalho é o ato fundante da objetivação humana (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p.143).

Para o desenvolvimento do trabalho, os seres humanos criaram a **instituição**, aqui entendida como,

um espaço formal, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, determinadas, principalmente, pelas relações sociais de produção de bens ou serviços. A instituição não é uma entidade autônoma, independente dos indivíduos que nela trabalham. Ela é a objetivação das relações humanas, e, é, também, simultaneamente, a objetivação das múltiplas determinações materiais. A instituição formaliza as relações entre os humanos (através da subjetividade e da cultura) e os materiais (pelos objetivos construídos ou serviço produzido) (CAPELLA E LEOPARDI, 1999, p.144).

No caso específico do trabalho em saúde, foi criada a **instituição hospitalar**,

um espaço social formal, isto é, materialmente definido, com todas as características do conceito anterior, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem – o sujeito hospitalizado (...). Neste sentido, o hospital se tornará um lugar para relações entre sujeitos, cada qual com suas necessidades, interesses e possibilidades, construindo-se uma instituição real, para a internação de enfermos e sua terapêutica (CAPELLA, 1998, p.102-3).

Esta instituição é composta por pessoas, as quais denominamos **sujeitos trabalhadores da área da Saúde**, seres humanos que desenvolvem atividades profissionais no interior da instituição hospitalar de forma conjugada, estabelecendo relações de complementaridade e interdependência, já que, independente de cada profissão, existe a necessidade de complementação do processo de trabalho com os demais processos de trabalho da área da Saúde.

Assim, o **processo de trabalho em saúde**

é um processo de trabalho coletivo, no qual áreas técnicas específicas, como a Medicina, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Serviço Social, Enfermagem, entre outros, compõem o todo. Este processo, institucionalizado, tem como finalidade atender o ser humano que, em algum momento de sua vida, submete-se à intervenção de profissionais de

saúde. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela deste atendimento (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p.145).

Mais especificamente, o **processo de trabalho em enfermagem**

é um processo de trabalho complementar e interdependente no processo de trabalho em saúde, uma vez que a enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais, é também coletivo e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão do trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes, para o manejo dos diversos instrumentos e métodos (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p.145).

Este processo de trabalho em Enfermagem tem, como elementos constituintes, conforme a visão de Capella e Leopardi (1999), baseadas em Marx, a finalidade, o objeto, os instrumentos e a força de trabalho e podem ser resumidamente descritos assim:

A **finalidade do trabalho** está diretamente ligada e influenciada pela necessidade expressa pelo sujeito que procura os serviços que estão postos à sua disposição e pelas necessidades sentidas pelo sujeito trabalhador. Neste sentido, as autoras citadas a classificam como:

a finalidade formal, aquela finalidade colocada pelo discurso oficial, associada à técnica, normas rígidas, próprias de uma estrutura inflexível, em que alguém com problema específico procura os serviços desta instituição e é visto somente por este problema específico(...); **a finalidade informal** é encontrada em cada indivíduo, em sua singularidade, em sua particular forma de expor o que deseja desta instituição a que está submetido e não o contrário(...); e **a finalidade real** que se refere tanto à primeira como à segunda finalidade anteriormente colocadas, porém em graus variados, para mais ou para menos, dependendo da consciência do profissional sobre o processo de trabalho, uma vez que é a finalidade que orienta todo o processo de trabalho (...) (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 147).

Dois são os **objetos de trabalho da Enfermagem**, na visão de Capella e Leopardi (1999, p. 149-150):

o corpo e a consciência de um sujeito, como expressão de toda a sua vida, toda a sua história”, não podendo desta forma, ser moldado conforme a vontade do trabalhador ou instituição, pois não é qualquer objeto, é um “objeto-sujeito, cujas transformações devem se dar a partir do próprio objeto de trabalho (...) e a **organização da assistência**, que deve submeter-se ao primeiro objeto, que é o indivíduo portador de carências de saúde, pois em determinados momentos a organização passa a ser instrumento para o desenvolvimento do trabalho da Enfermagem.

As autoras, concordando com Gonçalves (1979), apontam serem de três tipos os **instrumentos de trabalho** em saúde e aplicáveis perfeitamente à enfermagem:

as teorias, com sua dimensão intelectual, que encaminham a aproximação do trabalhador com o objeto de trabalho; as técnicas, enquanto dimensão manual, que efetivam a transformação no objeto; e o local de trabalho, com as condições materiais para a realização do trabalho (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 151).

A força de trabalho na Enfermagem

é representada pelo enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem(...). O que vai determinar as características da força de trabalho de uma determinada profissão é a finalidade colocada para o desenvolvimento do trabalho destes agentes. O tipo de transformação que se deseja imprimir no objeto de trabalho, ou o tipo de transformação que esse peculiar objeto de trabalho deseja ver em si, ou ainda, o tipo de transformação que os dois, objeto-sujeito e força de trabalho, numa atitude conjunta desejam ver, é que vai determinar a qualidade desse trabalho (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 152).

Nas caracterizações acima, Capella e Leopardi (1999) afirmam que das reflexões que vêm sendo desenvolvidas com enfermeiras, já existe um “quase consenso” de que se tem, pelo menos, dois objetos de trabalho – os corpos dos indivíduos, com suas consciências, e a organização da assistência.

Em estudo realizado recentemente, Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001, p. 35-42), introduzindo o debate sobre o cuidado como objeto epistemológico da Enfermagem, tentam diferenciar o objeto de trabalho do objeto epistemológico. Assim, tomando como ponto inicial a reflexão realizada no 41º CEBEn, por Castellanos et al. (1990), as autoras citadas dizem que “temos um processo de trabalho geral, que compreende todas as ações da enfermagem na produção de assistência, embora operem, efetivamente, de três diferentes formas: cuidar, educar, gerenciar”.

Continuando, podemos dizer que a **enfermeira** é um dos sujeitos trabalhadores da área da Saúde, profissional da equipe de enfermagem, envolvendo-se na assistência direta ao sujeito do cuidado; no gerenciamento dos cuidados, serviços e dos sujeitos trabalhadores, bem como no ensino, na pesquisa e em projetos de extensão. Exerce o papel de líder do grupo de trabalho, e, desta forma, assume (direta ou indiretamente), a coordenação das relações grupais estabelecidas no interior do processo de trabalho em

enfermagem e, mais amplamente, relaciona-se e intermedia as relações com os demais grupos de sujeitos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde.

As **relações de trabalho ou as relações grupais** no cotidiano do trabalho em enfermagem são aquelas desenvolvidas no ambiente profissional, considerando a dinâmica das relações grupais e interpessoais aí estabelecidas, processando-se pelo convívio diário entre os próprios trabalhadores da enfermagem, com os demais profissionais da área da saúde (fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, psicólogos, entre outros), com os sujeitos do cuidado e com os demais profissionais que atuam nos vários níveis no interior da instituição hospitalar.

Na seqüência, passa-se a apresentar as idéias centrais do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), que se constitui o referencial que possibilita a integração e o trânsito necessário entre a Teoria Sócio-Humanista e a tão complexa temática das relações entre os seres humanos e o ambiente que os cerca.

Para que haja a compreensão do SAV como um todo, inicialmente é necessário pontuar que serão apresentadas as noções gerais do Sistema, sendo imprescindível apreendê-lo como uma proposta filosófica e teórico-metodológica, uma vez que ao mesmo tempo em que é utilizado como referência para a temática relações grupais, também o é para, metodologicamente, planejar, organizar e desenvolver os encontros vivenciais realizados.

Assim, utilizou-se triplamente o referencial proposto pelo SAV acerca das relações grupais, ou seja, foi aplicado no planejamento, organização e implementação dos encontros vivenciais (neste caso como um referencial metodológico); como referencial teórico-filosófico; além de ser o conteúdo de aprendizagem, juntamente com o conteúdo acerca do processo de trabalho, desenvolvido junto às gerentes de enfermagem.

O Modelo Organizacional do SAV (LEITE e FERREIRA, 2000, p.11), configura-se por uma unidade global composta de três elementos inter-relacionados,

o Projeto Ser Ecológico é o componente sistêmico organizador das proposições éticas e filosóficas que orientam o SAV, fornecendo o impulso e as referências para as mudanças pretendidas; o Modelo Teórico é o componente que integra a linguagem e o método científico para

organizar a perspectiva conceitual adotada no SAV, fornecendo o controle sobre todo o sistema; e o Método de Aprendizagem, através das Vivências Integradoras, é o componente que orienta a atuação prática do SAV, orientando os procedimentos e as ações a serem implementadas.

O Sistema de Aprendizagem Vivencial (LEITE e FERREIRA, 1999, p.01), coloca-se como uma

proposta psicopedagógica que objetiva facilitar os processos de relação grupal e a integração pessoal, focando os aspectos sociais e psicoemocionais presentes na interação do indivíduo com os diversos grupos, buscando a compreensão do processo vital humano segundo uma perspectiva complexa, sistêmica e holística. Neste contexto, as relações interpessoais e o desenvolvimento individual e coletivo são trabalhados a partir do reconhecimento das dinâmicas envolvidas nessas interações e pelo respeito às várias dimensões da pessoa humana, em seus aspectos emocionais, cognitivos e motores.

Assim, a noção de **aprendizagem**, que perpassa toda a proposta do SAV, é concebida como um processo integral e contínuo, em que os processos de treinamento e desenvolvimento

são assim considerados no âmbito de uma permanente assimilação de novas informações, mas de modo indissociável à sua constante resignificação e reapropriação subjetiva, resultando na construção e atualização da identidade pessoal e profissional de cada um, na percepção de sua inserção nas comunidades e instituições e, de modo mais amplo, de sua inclusão social (LEITE e FERREIRA, 1999, p. 01).

Desta forma, o Sistema de Aprendizagem Vivencial

é uma práxis que objetiva facilitar a vivência e realização dos potenciais humanos, em ressonância com os princípios ecológicos da vida, a partir da integração das várias dimensões da pessoa e restabelecimento da dinâmica de interação do indivíduo com seus semelhantes e com o mundo (LEITE e FERREIRA, 1999, p. 03).

Neste sentido, o SAV, com o terceiro componente do seu Modelo Organizacional - o Método de Aprendizagem, através de Vivências Integradoras, possui ações e propostas de intervenção em diferentes práxis, norteado por seus pressupostos, mas com focos específicos sobre a realidade a ser trabalhada.

Assim, a práxis do SAV, desenvolvida através das Vivências Integradoras, em consonância com os outros dois componentes, proporciona a **Aprendizagem Vivencial** (LEITE e FERREIRA, 2000, p. 8), que é definida como

a capacidade humana de organizar as experiências vividas, dando-lhes significado, melhorando a qualidade de vida pessoal e transformando a experiência individual em um conhecimento que transcende a si mesmo e adquire dimensões de categorias sociais e culturais. Esta visão implica em conceber a pessoa humana como um ser permanentemente imperfeito e inacabado, que busca atingir a plenitude. Os indivíduos continuariam assim evoluindo e aprendendo ao longo de toda a sua vida.

Os autores do SAV, ao desenvolverem atividades relacionadas à vida de um grupo institucional, denominam sua práxis de **Vivências Institucionais**, buscando

privilegiar os processos de integração de equipe e de otimização da qualidade de vida e trabalho no cotidiano profissional. Nessa perspectiva, a intervenção institucional é desenvolvida sob uma abordagem psicopedagógica e sociológica, que insere sim os valores e as questões humanas envolvidas no cotidiano de trabalho, mas o faz num contexto mais objetivo das relações profissionais e, sobretudo, das dinâmicas e necessidades institucionais (LEITE e FERREIRA, 1999, p.1).

O enfoque principal das Vivências Institucionais baseia-se em “processos de diagnóstico e intervenção para melhoria das relações interpessoais nas equipes de trabalho” (LEITE e FERREIRA, 2000, p.12). Estes processos de intervenção organizam-se, no SAV, segundo quatro agrupamentos fundamentais, quais sejam: Vitalização, Desenvolvimento Interpessoal, Desenvolvimento de Equipe e Dinamização de Aprendizagem.

Neste estudo, foi abordado o Processo Vivencial de Intervenção Institucional Dinamização de Aprendizagem “que tem por objetivo a facilitação da aprendizagem através de atividades que promovam processos de construção coletiva do conhecimento e propostas de educação continuada” (LEITE e FERREIRA, 2000, p.26), por corresponder à proposta do trabalho que objetiva justamente facilitar a aprendizagem e apreensão de um conteúdo específico – a dinâmica das relações grupais, bem como permitir a reflexão deste tema, na perspectiva de “desconstrução” de alguns “mitos”, contradições e até equívocos, pela atualização e construção de novas referências neste assunto.

Resumidamente, o Processo de Intervenção de Dinamização de Aprendizagem está organizado da seguinte forma: Construção Coletiva do Conhecimento (projeto utópico), Processos Coletivos de Aprendizagem (modelo conceitual) e Laboratório de Educação Permanente (aplicação prática e instrumental).

Na presente proposta de trabalho foram abordados somente os Processos Coletivos de Aprendizagem, através da apresentação e reflexão de um referencial teórico acerca das relações vividas no desenvolvimento do processo de trabalho, reorganizando o conhecimento, buscando o seu aprimoramento relacional no cotidiano de trabalho.

Assim, os **Processos Coletivos de Aprendizagem** (LEITE e FERREIRA, 2001, p.13) têm a seguinte configuração:

- conhecimento vivido (levantamento das percepções atuais, inclusão sócio-emocional e motivação para a aprendizagem);
- abertura para conhecer e reconhecer (novas necessidades e emergências do vivido, imposições do sistema, busca de informações e reflexão);
- reorganização do conhecimento (nova configuração do conhecimento);
- redimensionamento do mundo vivido e do mundo sistêmico (organização da experiência vivida – aprendizagem).

Para a realização das Vivências Integradoras, o referencial básico utilizado é originado da Teoria das Necessidades Interpessoais, de Will Schutz (1989), que se baseia nas necessidades interpessoais de inclusão, controle e afeição. Os autores desse Sistema acrescentam a essa teoria mais uma necessidade, a de separação-avaliação, ao mesmo tempo em que redefinem, para os espaços institucionais, a necessidade interpessoal de afeição como necessidade de ajustamento, “enquanto um desejo de respeito (...) evitando-se tendências de idealização e de desprofissionalização das relações de trabalho” (LEITE e FERREIRA, 2000, p.29), compondo, assim, o que se caracteriza como Fases Evolutivas ou Dinâmica das Relações Grupais.

Leite e Ferreira (1997 b, p.9) esclarecem que este modelo segue um “curso probabilístico” das relações grupais. Desta forma, “reconhecer, respeitar e facilitar essas tendências ‘naturais’ dos grupos é tanto uma estratégia de ação como um instrumento de compreensão dos movimentos que tendem a ocorrer no desenvolvimento dos trabalhos”.

Ao mesmo tempo, os autores citados, referem que as necessidades interpessoais estão diretamente vinculadas à compreensão que as pessoas têm de si próprias, fazendo com que as suas percepções frente às situações ou vivências determinem reações diferenciadas, intimamente relacionadas ao seu auto-conceito.

Complementando o referencial trazido por Schutz, Leite e Ferreira conceituam e caracterizam este processo evolutivo em quatro fases, quais sejam, inclusão, controle, ajustamento e separação-avaliação, conforme apresentadas a seguir:

A. Fase de inclusão

Esta fase, considerada a inicial, seja pelo surgimento de um grupo como todo, onde as pessoas se incluem no sentido de iniciar um relacionamento, ou pela inclusão de um novo integrante em um grupo já composto, é também a primeira fase neste processo relacional, e, por isto, passa muitas vezes despercebida, podendo ser geradora de muitas dificuldades posteriores.

No momento da inclusão, estão presentes ansiedades e questionamentos, não só da pessoa que se inclui, mas de todas as que a recebem, pelo fato de a chegada de um novo membro poder sinalizar ou levantar possibilidades de mudanças no grupo, bem como por expor as capacidades ou dificuldades relacionais do novo integrante e de todo o grupo.

Para Schutz (1989, p. 106), os comportamentos, por ocasião da inclusão, são determinados pela percepção a respeito do que cada um significa como pessoa:

(...) se minha auto-estima é baixa e julgo-me sem importância alguma, meu comportamento de inclusão tende a ser extremado e marcado pela ansiedade. Ou eu me esforço ao máximo para fazer com que as pessoas prestem atenção em mim, sendo o ultra-social, ou me afasto dos outros, sendo o subsocial. (...). Quando sou social (...) minha interação com as pessoas não apresenta problemas (...) Sinto que tenho valor, sou importante.

Este mesmo autor (1989, p.107) resume, assim, essa dinâmica: “o problema da inclusão é ficar *dentro ou fora*. As interações de inclusão concentram-se nos *encontros*. A ansiedade de inclusão é a de que eu seja *insignificante*”.

Ainda nessa fase, Leite e Ferreira (2000, p. 31) apontam que os contatos interpessoais “caracterizam-se inicialmente pelo fato dos indivíduos estarem em busca do estabelecimento de temas comuns a todos, procurando definir e/ou identificar os padrões e as regras validadas para a interação”. Referem também que, para que essa fase se complete são necessários a

(...) compreensão e o esclarecimento dos elementos que conferem unidade ao grupo, bem como a assimilação da diversidade da sua composição (...) para que todos os seus integrantes possam ser democraticamente acolhidos e incluídos (p. 33).

No que se refere ao gerenciamento das relações em nível institucional, e, neste caso, especificamente para as enfermeiras, é fundamental que, como líderes das equipes de enfermagem, encaminhem efetivamente o processo de inclusão dos novos integrantes,

estabelecendo claramente os contornos e propósitos do trabalho e atuando na estruturação necessária para definir o contexto das relações interpessoais e o tipo de intervenções que podem favorecer a produtividade do grupo (...) orientando a realização de sua tarefa, sem esquecer a diversidade individual e a complexidade relacional configurada em cada contexto e a cada momento (LEITE e FERREIRA, 1997 b, p.11).

B. Fase de controle

Para Leite e Ferreira (2000, p. 34),

a necessidade interpessoal de controle pode ser vista como um desejo de reconhecimento e valorização da diferenciação individual. Assegurada a inclusão, as pessoas passam a sentir necessidade de demarcar também sua individualidade. De modo mais geral, buscam demarcar os limites de autonomia e de determinação individual na interação com o outro e com o mundo.

Na fase de controle, vários elementos surgem no sentido de se estabelecerem linhas de ação de um determinado grupo, para viabilizar a tomada de decisão e, com isto, a área de poder de cada componente do grupo. Muito mais que na fase anterior, é um momento de instalação de conflitos, mas conforme a abordagem do SAV (LEITE e FERREIRA, 2000, p. 35), apesar de parecer contraditório,

são também estas dinâmicas que podem assegurar processos verdadeiramente democráticos de interação no grupo, na medida em que, dando expressão a conflitos e divergências de intenções e percepções, possibilitam a definição de regras comuns a todos, colocando limites aos espaços e condutas individuais, de modo a compatibilizá-los com a socialização dos interesses coletivos.

Para Schutz (1989), os comportamentos relacionados ao controle estão vinculados à percepção da pessoa frente a sua competência, podendo ser extremados ou ansiosos, caso se sinta com dificuldades ou incapaz de conduzir o grupo ou tomar decisões. Assim, pode-

se assumir o comportamento *abdicata*, permanecendo distante de cargos ou posições de poder ou responsabilidade, e, em outro extremo, *autocrata*, tentando dominar a todos. O *democrata*, ao contrário dos anteriores, sente-se confiante quanto à sua capacidade de tomar decisões, sentindo-se bem, dando ou não ordens.

Schutz (1989, p.108) resume assim essa dinâmica: “o problema do controle é *estar por cima ou por baixo*. A interação primária de controle é o *confronto*. A ansiedade do controle é *ser incompetente*”.

Nessa fase, é fundamental o papel desempenhado pelas enfermeiras, uma vez que é neste momento que estarão em jogo a definição dos espaços de poder, bem como o estabelecimento dos limites e possibilidades de cada uma no grupo, cabendo então a quem o gerencia o exercício da autoridade, quando se fizer necessário.

B.1- Estilos de liderança

Leite e Ferreira (1997 b) trazem em seu estudo, em vista da importância da dinâmica de controle no gerenciamento das relações interpessoais, a discussão realizada por Moscovici sobre os estilos de liderança/gerência.

Para Moscovici (2000, p.127), são dois os estilos de liderança: o “orientado para controle/tarefa e o orientado para participação/manutenção e fortalecimento do próprio grupo”. A mesma autora cita uma terceira dimensão de liderança, estudada por outros autores como Reddin (Teoria Tri-Dimensional, 1976) e Hersey e Blanchard (Teoria Ciclo Vital da Liderança, 1976), a eficácia. Ela escreve que

tanto os estilos autocráticos, voltados para a produtividade/tarefa, quanto os estilos participativos, voltados para as pessoas/relações, podem ser eficazes ou ineficazes, a depender da inter-relação de fatores situacionais, tais como natureza da tarefa, a conjuntura (rotina/emergência), o clima organizacional, a estrutura de recompensas, os valores, motivações e expectativas do líder e dos liderados e a maturidade dos membros do grupo (2000, p.130).

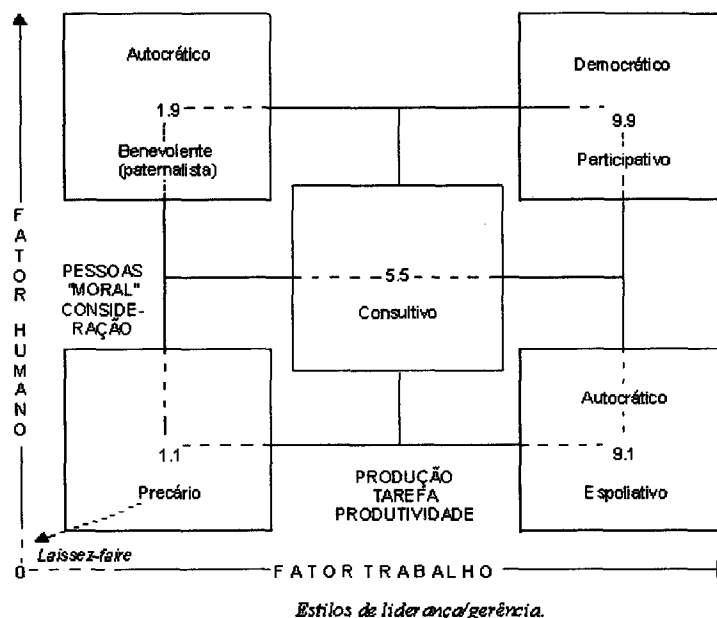


Figura 1- Estilos de liderança/gerência.

Fonte: Sistemas Administrativos de R. Likert (1967), influenciado pelo modelo conceptual de comportamento gerencial de Blake & Mouton (1970), a *Managerial grid*, citados por Fela Moscovici (2000, p. 129-130).

Na interpretação de Leite e Ferreira (1997 b, p.15),

é preciso comentar as tendências extremas de ambos os estilos. Na primeira linha da atuação autocrática, o privilégio dado às relações humanas no grupo, em detrimento do fator trabalho, caracteriza a relação paternalista benevolente; no extremo oposto, a prioridade absoluta dada ao cumprimento das tarefas, numa postura insensível às relações do grupo, constitui o modelo autocrático espoliativo. (...) na linha de atuação democrática, tem-se no extremo superior o modelo participativo, que busca a conjugação máxima de ambos os aspectos e, no extremo inferior a atuação omissa, que acaba por prejudicar tanto o cumprimento das tarefas como as relações grupais. Desta forma, o modelo consultivo, caracterizado pela intersecção dessas duas linhas de atuação, não deve ser percebido como uma postulação de atuação ideal.

É importante salientar esses aspectos, principalmente nos dias atuais, nos quais apesar de muito se falar em liderança e gerenciamento, muito pouco ainda se tem claro sobre o real significado destas palavras. Neste sentido, é importante destacar o que escreve Moscovici (2000, p. 126) frente à distinção entre o significado de líder e estilos de liderança. Ela afirma que

líder é a pessoa no grupo à qual foi atribuída, formal ou informalmente, uma posição de responsabilidade para dirigir ou coordenar as atividades relacionadas à tarefa. (...) A maneira pela qual uma pessoa numa posição

de líder influencia as demais pessoas no grupo é chamada “estilo de liderança”.

B.2- Conflitos no grupo

Como bem retrata Moscovici (2000, p.145), “as pessoas diferem na maneira de perceber, pensar, sentir e agir. As diferenças individuais são, portanto, inevitáveis com suas conseqüentes influências na dinâmica interpessoal”.

Apesar da conotação que a palavra traz consigo,

o conflito, em si, não é patológico, nem destrutivo. Pode ter conseqüências funcionais e disfuncionais, a depender de sua intensidade, estágio de evolução, contexto e forma como é tratado. De um ponto de vista amplo, o conflito tem muitas funções positivas. Ele previne a estagnação decorrente do equilíbrio constante da concordância, estimula o interesse e a curiosidade pelo desafio da oposição, descobre os problemas e demanda uma solução. Funciona, verdadeiramente, como uma raiz de mudanças pessoais, grupais e sociais (MOSCOVICI, 2000,146).

Leite e Ferreira (1997 b) utilizam a grade do conflito de Blake & Mouton, citada por Moscovici, para discutir as diversas posturas assumidas pelas lideranças frente aos conflitos no grupo, que são característicos da fase de controle, conforme apresentada abaixo:

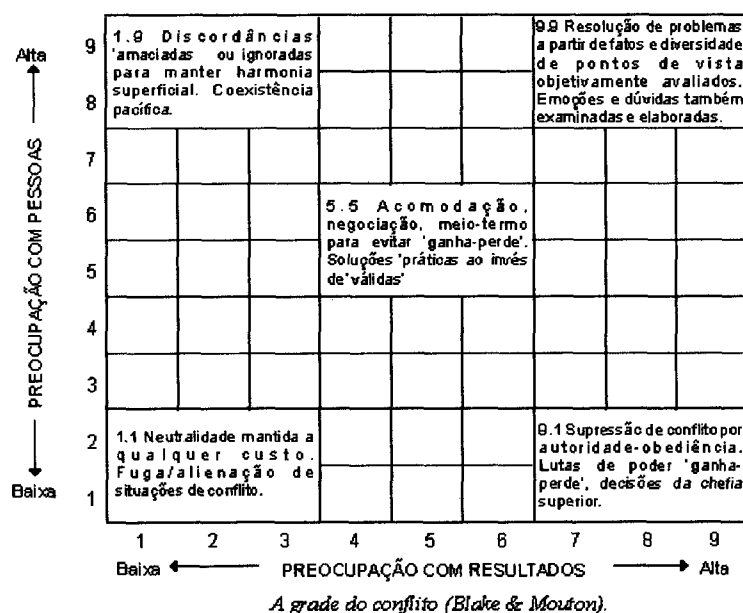


Figura 2 - A grade do Conflito (Blake & Mouton, 1970).

Fonte: Moscovici (2000, p.152).

Para os autores da grade do conflito, segundo Moscovici (2000, p.152),

a pessoa tem duas preocupações principais numa situação de conflito: a(s) pessoa(s) envolvida(s) e a produção de resultados, ou seja, a resolução do conflito. Neste sentido, podem ser observados cinco estilos básicos de abordagem dos conflitos:

1.1 – Evasão: evita-se o conflito a qualquer custo; assume-se posição neutra ou de distanciamento ('não ver, não ouvir, não falar de discordâncias'), fugindo à responsabilidade social até o caso extremo da alienação.

1.9 – Harmonização: prefere-se aceitação pessoal, doçura e paz à validade das soluções; discordâncias são evitadas para não causar ressentimentos, conseguindo-se cordialidade e concordância superficiais à custa de convicções pessoais e criatividade.

9.1 – Supressão: controle do conflito pela força; situação polarizada de *ganha-perde*, autoridade-obediência, de antagonismo e competição, em que ganhar (impor sua solução ou decisão) é mais importante que procurar uma solução válida, adequada.

5.5 – Acomodação: conflito superado por negociação; busca de uma solução intermediária em que ninguém perde tudo, mas também ninguém ganha tudo, chegando-se ao melhor acordo que se possa obter, embora não seja o mais adequado.

9.9 – Confrontação: abordagem difícil de resolução dos problemas, em que idéias e sentimentos são discutidos abertamente, trabalhando-se nas e com as discordâncias para alcançar uma solução válida para ambos. Não há vencidos e vencedores, os oponentes tornam-se colaboradores.

Leite e Ferreira (1997b) ressaltam a importância de não se eleger uma “receita mágica” de postura ideal, pois não se pode avaliar as situações de conflito sem inseri-las no contexto a que estão vinculadas. No gerenciamento de relações interpessoais,

o que importa é alertar para os cuidados a serem tomados nas dinâmicas de controle dos grupos, onde os conflitos tendem a emergir enquanto elementos “naturais” nesta etapa de evolução. Nesses momentos o líder deve estar atento para não se fazer omisso nestes conflitos nem, por outro lado, perder-se em polarizações que às vezes tendem a ocorrer no grupo; sua função aqui é “espelhar” as diversas posições e divergências de opinião que costumam aparecer, buscando a solução interna destas questões. Esta postura constitui-se aspecto fundamental ao amadurecimento das relações grupais, num contexto de ajustamento que comporte diferenças que podem enriquecer todo o trabalho (LEITE e FERREIRA, 1997 b, P. 17).

C. *Fase de ajustamento*

Os autores do SAV referem-se a esse processo como

um amadurecimento das relações internas, de forma a permitir a aceitação e integração das diferenças, comportando, assim, a vivência e expressão dos diferentes graus de afinidades ou divergências entre seus integrantes, sem que isso ameace ou ponha em risco a unidade grupal (LEITE e FERREIRA, 2000, P. 38).

Schutz (1989), nesta fase das relações interpessoais, refere que os comportamentos também dependem da auto-estima, podendo ser extremados e ansiosos. A pessoa tende, então, a desenvolver a característica *subpessoal*, com relações superficiais e distantes, medo de não ser querido pelo grupo e desconfiança dos sentimentos a seu respeito; ou a característica *superpessoal*, colocando-se muito próximo aos outros, tentando obter sempre a aprovação e a atenção do grupo para si, de forma possessiva, não tolerando dividir a atenção sobre si com outras pessoas. Na característica *pessoal*, o integrante do grupo sente-se bem quando querido ou não, fazendo o seu papel com intimidade ou distanciamento emocional dos outros, dependendo da situação vivenciada.

Para Schutz (1989, p.110), a dinâmica, que chama de afeto, mas que Leite e Ferreira redefinem como de ajustamento, é assim resumida: “o problema da afetividade é estar *próximo ou distante*. A interação afetiva é o *abraço*. A ansiedade afetiva é ser ou não *capaz de ser amado*”.

Nessa dinâmica, uma questão a ser abordada diz respeito às distorções que podem ocorrer em função das dificuldades existentes na delimitação das relações profissionais e pessoais entre os componentes de um grupo institucional. No caso da enfermagem, em que as relações são muito próximas e muitas vezes ocorrem por um longo período de tempo, diariamente, essas distorções podem facilmente ocorrer. Nesses momentos, é necessário ter a clareza de que as pessoas

(...) podem e devem relacionar-se bem profissionalmente, independentemente das relações pessoais que mantêm entre si (...). A função do gerenciamento dessas relações interpessoais não é a de promover o “amor” entre as pessoas, mas de facilitar a construção do respeito (LEITE e FERREIRA, 1997 b, p.20).

O “feedback”, nesta fase, é de suma importância. O termo vem da eletrônica e significa retroalimentação. Moscovici (2000, p.54), afirma que

no processo de desenvolvimento da competência interpessoal, feedback é um processo de ajuda para mudanças de comportamento; é comunicação a uma pessoa, ou grupo, no sentido de fornecer-lhe informações sobre como sua atuação está afetando outras pessoas. Feedback eficaz ajuda o indivíduo (ou grupo) a melhorar seu desempenho e assim alcançar seus objetivos.

A mesma autora (p.54-5) cita que para tornar-se um processo útil, o “feedback” precisa ser, tanto quanto possível:

- *Descritivo ao invés de avaliativo*: quando não há julgamento, apenas o relato de um evento, reduz-se a necessidade de reagir defensivamente e assim o indivíduo pode ouvir e sentir-se a vontade para utilizar aquele dado como julgar conveniente;
- *Específico ao invés de geral*: quando se diz a alguém que ele é “dominador”, isto tem menos significado do que indicar seu comportamento numa determinada ocasião: ‘nesta reunião você fez o que costuma fazer outras vezes, você não ouviu a opinião dos demais e fomos forçados a aceitar sua decisão para não receber mais críticas exaltadas’;
- *Compatível com as necessidades (motivações) de ambos, comunicador e receptor*: pode ser altamente destrutivo quando satisfaz somente às necessidades do comunicador sem levar em conta as necessidades do receptor;
- *Dirigido*: para comportamentos que o receptor possa modificar, pois, em caso contrário, a frustração será apenas incrementada, se o receptor reconhecer falhas naquilo que não está sob seu controle mudar;
- *Solicitado ao invés de imposto*: será mais útil quando o receptor tiver formulado perguntas que os que o observam possam responder;
- *Oportuno*: em geral, o feedback é mais útil o mais próximo possível após o comportamento em questão, dependendo, naturalmente, da prontidão da pessoa para ouvi-lo, apoio dos outros, clima emocional, etc;
- *Esclarecido para assegurar comunicação precisa*: um modo de proceder é fazer com que o receptor repita o feedback recebido para ver se corresponde ao que o comunicador quis dizer. Quando o feedback ocorre num grupo de treinamento, ambos tem a oportunidade de verificar, com os outros membros, a extensão do feedback: é uma impressão individual ou compartilhada com os outros.

D. Fase de separação-avaliação

Esta fase, na evolução das relações em um grupo, é muito importante, pois é um momento de retomada, de reafirmação de estratégias e ações já conquistadas, ou de transformação, podendo surgir como um momento de reaprendizado e de transformação da realidade vivida.

Leite e Ferreira (2000, p. 42) trazem a dinâmica de separação-avaliação como uma

finalização integradora dos processos vividos, possibilitando a avaliação da experiência, transformando-a em conhecimento de vida, ampliando o repertório existencial e criando melhores condições para se dar início a outros ciclos, a outras experiências (...). Em relação aos papéis institucionais, essa formalização favorece a profissionalização, estabelecendo regras mais claras, mais justas e mais efetivas para a orientação de condutas, otimizando o resultado de todo o trabalho coletivo desenvolvido.

Pensando nas características desta fase, Leite e Ferreira (2000) trazem os comportamentos de *apegado*, para as pessoas que não conseguem se desligar da relação estabelecida, apesar de não lhes trazer nenhuma satisfação, evitando, assim, a *despedida*; *indiferente*, para as pessoas que não conseguem envolver-se efetivamente com o grupo, passando de uma relação a outra sem estabelecer vínculos; e o *individuado*, que tem a percepção da finitude como uma dinâmica natural, conseguindo transpor este momento como superação do passado e abertura de novas possibilidades.

Seguindo o modelo trazido por Schutz, Leite e Ferreira (1997 b, p.21), resumem assim a dinâmica de separação-avaliação: “o problema é *permanecer junto ou separar-se*; a interação possível consiste na *avaliação* e na *despedida* e a ansiedade da separação é a *individuação*”.

Chegar neste processo de separação e avaliação significa fazer um ‘balanço’ das possibilidades e impossibilidades, limites, adequações e inadequações de todo o processo vivido, de forma a não perdê-lo no tempo e a produzir melhorias nas relações estabelecidas e no ambiente de trabalho.

Leite e Ferreira (1997 b, p.22) chamam a atenção de que

no âmbito das experiências coletivas do trabalho em equipe, o alerta que se faz é para a necessidade de se facilitar às pessoas esses momentos de avaliação, como espaço de ressignificação individual e grupal das experiências vividas, valorizando os ganhos e crescimentos propiciados, bem como seus limites. (...) a avaliação e fechamento dos processos é uma exigência permanente na administração dessas relações interpessoais, como estratégia para permitir as correções de rumo do trabalho coletivo. É essa avaliação permanente que fornece os elementos de unidade à ação das lideranças e de todo o grupo. É dela também que deverão sair os temas com as chefias e na interação com os colegas das outras unidades.

Na proposta de dissertação, foram aplicados, portanto, o referencial filosófico e teórico-metodológico do SAV, a abordagem Sócio-Humanista e reflexões sobre o processo de trabalho, especialmente do trabalho em enfermagem, sendo que respaldados neste referencial desenvolveram-se, num primeiro momento, encontros coletivos⁴ com enfermeiras-chefes de um hospital universitário da região Sul, os quais passam a denominar-se vivências integradoras.

Com relação ao planejamento e estruturação dessas vivências institucionais, Leite e Ferreira (1999, p.21) chamam a atenção para a utilização da **abordagem vivencial** no contexto institucional, que “deve obedecer claramente a uma metodologia que lhe assegure uma estruturação adequada a este campo específico, de forma a possibilitar a emergência de suas potencialidades”.

Assim, o Modelo Genérico de um Encontro Vivencial, sugerido por Leite e Ferreira (1999, p.24), pode ser utilizado como suporte metodológico para o planejamento e posterior desenvolvimento desses encontros, como está descrito no capítulo 5, a fim de proporcionar melhor entendimento do processo.

Além de trazer esse conteúdo específico com a finalidade de atender aos objetivos desta Dissertação, inicialmente promoveu-se um processo de reflexão junto às enfermeiras que aceitaram participar do estudo, além de um resgate dos seus posicionamentos frente às relações desenvolvidas no seu processo de trabalho, permitindo-lhes refletir sobre suas identidades pessoal, profissional e institucional, na perspectiva de atualização das mesmas.

Nesse contexto, a **identidade** “é sempre considerada numa perspectiva complexa, interativa e evolutiva, enfrentando o paradoxo entre a unicidade e a multiplicidade do ser, entre a autonomia e a heteronomia, entre a estabilidade e a mudança ao longo do tempo” (LEITE, 1993 b, p.6).

Além disso, com o objetivo de identificar as convergências existentes entre a dinâmica das relações desenvolvidas em dois hospitais universitários, foram utilizados relatórios do Programa denominado “Vivendo e Trabalhando Melhor: uma proposta de

⁴ Como já dito anteriormente, o termo encontros coletivos pode também receber as denominações de vivências integradoras, encontros vivenciais ou vivências institucionais.

reflexão e atualização das relações na enfermagem” de um outro hospital universitário da região Sul, implantado pela Diretoria de Enfermagem daquela instituição e desenvolvido pelos consultores e facilitadores do Centro de Aprendizagem Vivencial – Edimar Leite e Luis Carlos Ferreira, entre os anos de 1996 e 2001. Faz-se necessário esclarecer que todas as atividades relatadas nesses documentos seguiram os moldes do referencial apresentado.

Na seqüência apresentam-se as etapas percorridas para o alcance dos objetivos, ou seja, o percurso metodológico deste estudo.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa desenvolvida é de abordagem qualitativa, descritiva, tendo sido utilizada a pesquisa-ação e a pesquisa documental como opções metodológicas para o primeiro e segundo momentos da coleta de dados, respectivamente.

Fundamenta-se a opção com o que Nietzsche e Leopardi (2001, p. 135) dizem a respeito da pesquisa qualitativa, na qual *tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam (...) atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre*. Para estas mesmas autoras (p.139), uma pesquisa descritiva caracteriza-se pela *necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações*.

Mercado (1981) aponta que a investigação descritiva tem por objeto expor as características dos fenômenos e possui caráter diagnóstico quando se propõe a estabelecer relações causais entre os distintos fenômenos.

Segundo os procedimentos de coleta de dados, esta pesquisa pode ser caracterizada como pesquisa-ação e pesquisa documental, pois, em momentos específicos da coleta adotaram-se estratégias diferenciadas para a obtenção dos dados pretendidos. Assim, em um primeiro momento deste estudo, utilizou-se a pesquisa-ação, cujo foco na visão de Nietzsche e Leopardi (2001, p. 149),

é dirigido a grupos, instituições, coletividades de pequeno e médio porte. (...) é uma estratégia, ou variedade de pesquisa, que pode agregar vários

métodos, técnicas ou abordagens usadas na pesquisa social para captar informações úteis a partir de uma estrutura coletiva, participativa e ativa, sendo, portanto, concebida de um modo aberto e flexível.

Para Thiollent (1992) a pesquisa-ação é uma linha de pesquisa que se associa a diversas formas de ação coletiva que é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação, ressaltando no processo de pesquisa a busca de compreensão e de interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas. Ainda para este autor, a pesquisa-ação supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre se encontram em propostas de pesquisa participante.

Justifica-se a utilização da pesquisa-ação, para a coleta de dados de um dos momentos desta dissertação, pois, como apontam Ayala e Lameira (1989), esta modalidade tem como objetivos aprofundar o conhecimento acerca de determinadas situações, produzir conhecimento a partir do coletivo e propor soluções que auxiliem o grupo.

Assim, auxiliada e fundamentada pelo referencial filosófico e teórico-metodológico do Sistema de Aprendizagem Vivencial, foi possível percorrer os passos necessários para o alcance dos objetivos propostos, os quais por meio de uma analogia com o que apontam ayala e lameira (1989), podemos transpor para alguns dos objetivos desta pesquisa, quais sejam: aprofundar o conhecimento a respeito da temática relações interpessoais, produzir uma redefinição ou reconstrução de conceitos anteriores originados das vivências dos sujeitos deste estudo e aprimorá-los a partir das reflexões proporcionadas por este estudo e, por fim, propor encaminhamentos ou soluções que possibilitem, então, uma reconstrução da prática relacional na instituição.

Neste tipo de estudo, as intervenções não são imediatas, pois os sujeitos participantes refletem uma pequena parcela da população institucional. Desta forma, a intervenção esperada instala-se gradual e individualmente, onde o sujeito participante pode transformar-se em um multiplicador das experiências vivenciadas.

No segundo momento de coleta de dados, adotou-se a pesquisa documental em relatórios do programa “Vivendo e Trabalhando Melhor”. A análise documental para

Ludke e André (1986, p. 38) “pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

Para o alcance do objetivo proposto de identificar as convergências referentes à dinâmica das relações grupais e interpessoais no desenvolvimento do processo de trabalho das enfermeiras de dois hospitais universitários da região Sul⁵, foram estabelecidos momentos específicos, no decorrer da trajetória percorrida, na perspectiva de estabelecer subsídios que possibilitassem às mesmas e demais profissionais da enfermagem atualizarem o seu papel profissional e institucional, os quais serão descritos a seguir:

4.1 O primeiro momento: desenvolvimento de um processo de reflexão com as enfermeiras do hospital 1

Para alcançar o primeiro objetivo específico, desenvolveu-se um processo de reflexão acerca da dinâmica das relações interpessoais e grupais com as enfermeiras-chefes do Hospital 1, a partir de um marco teórico composto pela Teoria Sócio-Humanista para um “Modo de Fazer” o trabalho da Enfermagem e pelo Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV).

Para o planejamento e desenvolvimento deste primeiro momento, conforme já explicitado no capítulo anterior, especificamente para a realização das vivências institucionais, utilizou-se o referencial teórico-metodológico de Leite e Ferreira (1997, 1998, 2000, 2001). Esta etapa foi realizada durante a disciplina Prática Assistencial. Portanto, partes dos resultados e análises presentes nesta dissertação são oriundas do Relatório da Prática Assistencial (URBANETTO, 2001b).

4.1.1 Caracterização do Hospital 1

O hospital em questão é uma instituição de referência na Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Lidera uma região com abrangência de 112 municípios, correspondendo a seis Coordenadorias de Saúde. Mantém atendimento primário,

⁵ No decorrer desta Dissertação passa-se a referir essas instituições como Hospital 1 e 2, respectivamente, por ordem de apresentação no texto.

secundário e terciário, constituindo-se o único hospital público da região, ao qual são encaminhadas pessoas portadoras de complicações clínicas e/ou cirúrgicas, ocasionando internações de alto custo e alto índice de permanência naquele local.

O hospital estudado tem como missão “capacitar e aprimorar recursos humanos, produzir e difundir conhecimentos e oferecer assistência de excelência, inserindo-se de forma cidadã e dinâmica na sociedade” e por objetivos:

- estabelecer-se como centro de ensino, pesquisa e assistência no âmbito das Ciências da Saúde;
- firmar-se como um centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde da comunidade local e regional, desenvolvendo programas específicos de assistência à população;
- tornar-se um hospital de referência, no âmbito médico e hospitalar, composto por um elevado nível científico, técnico e administrativo;
- atuar de forma eficaz e eficiente no atendimento de suas especialidades;
- configurar-se como campo de ensino prático aos alunos de graduação e pós-graduação (...), em especial aos da área da saúde, permitindo que as atividades curriculares sejam em consonância entre a teoria e a prática;
- oportunizar a Educação Continuada do quadro funcional através de cursos, conferências, debates entre outros (INFORMATIVO TERMÔMETRO, 2000, P.19).

Possui capacidade para 315 leitos, distribuídos numa área de 25.577,11 m², porém devido à falta de condições operacionais, 27 do total desses leitos estão bloqueados.

Tem uma abrangência populacional em torno de 1,5 milhões de habitantes, para urgências e emergências e gestação de alto risco. Para os procedimentos de alta complexidade, ultrapassa os 2 milhões de habitantes, inclusive de outros estados. Ocupa, ainda, posição de referência na assistência a pacientes graves nas três Unidades de Terapia Intensiva (adulta, pediátrica e neonatal), na Unidade de Nefrologia e Radioterapia. Na unidade de internação da Hemato-Oncologia e no Centro de Transplante de Medula Óssea são atendidos pacientes do SUS oriundos do Rio Grande do Sul e de vários outros estados brasileiros. No ano de 2000, este hospital, tornou-se referência nacional no diagnóstico e tratamento do câncer infantil.

Conforme Relatório de Estatística (2002) deste hospital, no ano de 2001, foram realizadas 11.270 internações, a taxa de ocupação geral teve uma média de 81,03% e a

média de permanência foi de 9,10 dias. A taxa de ocupação, nesse ano se manteve próxima da recomendada pelo Ministério da Saúde (1982), que é em torno de 80%.

Seu corpo funcional é composto por 1.095 funcionários, divididos em área administrativa, assistencial e de apoio.

O setor administrativo está organizado em uma Direção Geral e demais Direções Clínica, de Ensino e Pesquisa, de Administração e de Enfermagem.

A Direção de Enfermagem organiza-se hierarquicamente por meio de uma enfermeira diretora e uma vice diretora; enfermeiras coordenadoras das diversas áreas assistenciais; enfermeiras-chefes das unidades de internação e unidades especiais e por fim enfermeiros das referidas unidades ou setores, divididos por turno de trabalho.

A equipe de enfermagem é composta por 115 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem, 278 auxiliares de enfermagem e 29 auxiliares de saúde. Este número de trabalhadores é reduzido em proporção à acentuada demanda e complexidade da clientela atendida (Prochnow e Chagas, 1999).

A equipe de saúde é composta, também, por médicos docentes e assistenciais, congregando 115 profissionais; seis fisioterapeutas; cinco nutricionistas; cinco psicólogos e quatro assistentes sociais.

Como uma nova forma de gestão regionalizada dentro do SUS, o hospital mantém convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), criado em 1994, o qual favorece a contratação de mais 69 profissionais, dentre eles: enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos. O convênio abrange, atualmente, 39 municípios da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul com uma população em torno de 600 mil habitantes.

Com o intuito de sanar a deficiência de profissionais, ao mesmo tempo em que proporciona campo de ensino, o hospital mantém um sistema de contratação temporária, na modalidade de bolsas de assistência⁶ ao estudante, totalizando 313 bolsistas.

⁶ Estas bolsas são oferecidas a acadêmicos dos diversos cursos universitários como forma de aprendizado (Medicina e Enfermagem), mas também como uma estratégia adotada pela instituição no sentido de cobrir a falta de pessoal, principalmente na área administrativa e de enfermagem.

O setor de apoio conta com aproximadamente 600 funcionários, distribuídos nos serviços de farmácia, lavanderia, nutrição, costura, almoxarifado, radiologia (Raios X, Ultrassom e Tomografia), SAME, portaria, laboratório, radioterapia e banco de sangue.

Alguns serviços (limpeza, manutenção, portaria e vigilância) são terceirizados e contam com 167 profissionais.

É composto por seis Unidades de Internação, quais sejam, Clínica Médica I, Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica, Clínica Toco-Ginecológica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica; e outras nove Unidades ou Serviços Especiais, Unidades de Terapia Intensiva para recém-nascidos, adultos e crianças, Unidade de Internação Hemato-Oncológica, Diálise/Hemodiálise/Transplante Renal, Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico, Ambulatório, Centro Obstétrico, Sala de Recuperação e Bloco Cirúrgico.

4.1.2 Sensibilização das enfermeiras para o estudo

A sensibilização das enfermeiras para a participação neste estudo ocorreu durante uma reunião da direção e coordenação de enfermagem com vinte enfermeiras-chefes do Hospital 1. Ficou estabelecido que se a enfermeira-chefe de unidade, por algum motivo, não quisesse ou não pudesse participar dos encontros, a coordenadora de área poderia representá-la.

Optou-se por trabalhar com as enfermeiras-chefe, pois além de ter representação nas diversas áreas de atuação da enfermagem da referida instituição, as mesmas gerenciam o trabalho desenvolvido pelos diversos profissionais da área da saúde naqueles locais. Assim, por meio da reflexão e possível apreensão do referencial teórico relativo ao processo de trabalho e à dinâmica das relações grupais, com base nas necessidades interpessoais, as mesmas poderiam atuar na perspectiva de transformação da prática atual, profissionalizando as relações estabelecidas no decorrer do processo de trabalho da enfermagem e dos demais profissionais da área da saúde.

O cronograma foi organizado conforme a disponibilidade das enfermeiras e por consentimento da Diretora de Enfermagem, pôde ser agendado durante o horário de trabalho, no período da manhã, uma vez que a grande maioria das enfermeiras-chefes

desenvolve suas atividades neste turno. Ficou estabelecido, então, que os encontros seriam semanais, às quartas-feiras, a partir do dia 09 de maio de 2001, das 11 às 13h, num total de seis encontros.

4.1.3 Sujeitos participantes do estudo

O presente estudo foi desenvolvido com enfermeiras com cargo de chefia no Hospital 1, composto de 25 enfermeiras que atuam no gerenciamento e coordenação do trabalho desenvolvido, porém, efetivamente, compareceram aos encontros vivenciais, em média, 08 enfermeiras.

4.1.4 Atendendo aos preceitos legais e éticos do estudo

Buscando contemplar os princípios legais e éticos que devem nortear qualquer estudo/pesquisa que envolva seres humanos, procurou-se, durante todo o trabalho realizado, ter coerência com a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Desta forma, foi encaminhado à Diretora de Enfermagem do Hospital 1 um ofício, contendo a solicitação de autorização para desenvolver as atividades junto às enfermeiras com cargo de chefia (Apêndice A). Naquele momento, foi explicitada a proposta de trabalho, sendo bem aceita pela Diretora de Enfermagem.

Encaminhou-se, também, o projeto à Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital 1, que autorizou sua implementação junto às enfermeiras do referido hospital.

Além disso, foi entregue, durante o encontro de sensibilização (já descrito anteriormente), a carta de *Consentimento Livre e Esclarecido do Participante* (Apêndice B), que foi lida e esclarecida. Este documento tinha como objetivo, além de atender à resolução 196/96, esclarecer a natureza, o objetivo, o método do estudo, bem como a participação voluntária dos sujeitos no estudo. Foi confeccionado em duas vias, sendo que uma permaneceu com a pesquisadora e a outra com a enfermeira que aceitou participar deste estudo. Assinaram essa carta onze enfermeiras-chefes e três coordenadoras de área.

Com relação aos relatos transcritos das fitas cassetes, foram validados pelo grupo durante os encontros. Para preservar o sigilo quanto às identidades dos sujeitos participantes, solicitou-se que o grupo escolhesse alguma forma de representação, sendo acordado que poderia ser nome de flores, pássaros ou pedras preciosas. Optou-se pelas pedras preciosas, por entender que é a escolha mais adequada para representá-las, neste momento de convívio tão precioso, com tantas contribuições e crescimentos.

4.1.5 A coleta de dados: as vivências integradoras

A coleta dos dados foi possível, em função da reflexão, constante diálogo e participação das enfermeiras envolvidas no processo, proporcionado pelo referencial adotado e pela própria vivência de cada uma delas.

Os encontros vivenciais, cuja duração inicialmente proposta e programada para duas horas, teve em média, duas horas e trinta minutos. Os mesmos ocorreram nos meses de maio e junho do ano de 2001.

Além do rigor teórico-metodológico com que os encontros foram planejados, houve a preocupação de prepará-los com especial carinho, com longas conversas com a orientadora, que forneceu total sustentação e orientação, possibilitando desenvolver, além da dinâmica do encontro específico, um resgate e entrelaçamento mútuo entre os encontros, o que, com certeza, propiciou um aprofundamento progressivo a cada dinâmica proposta.

Na implementação dos encontros, contou-se com a colaboração da professora co-orientadora, no 1º, 2º, 3º e 5º encontros, o que com certeza enriqueceu a discussão e o andamento do trabalho.

O modelo proposto por Leite e Ferreira não foi utilizado em sua totalidade. De maneira geral, os encontros vivenciais foram construídos, utilizando-se as orientações do Sistema de Aprendizagem Vivencial (LEITE e FERREIRA, 1999, p.24), no qual o Modelo Genérico de um Encontro Vivencial, serve como suporte metodológico para o planejamento e posterior desenvolvimento desses encontros, como descrito a seguir.

MODELO GENÉRICO DE UM ENCONTRO VIVENCIAL

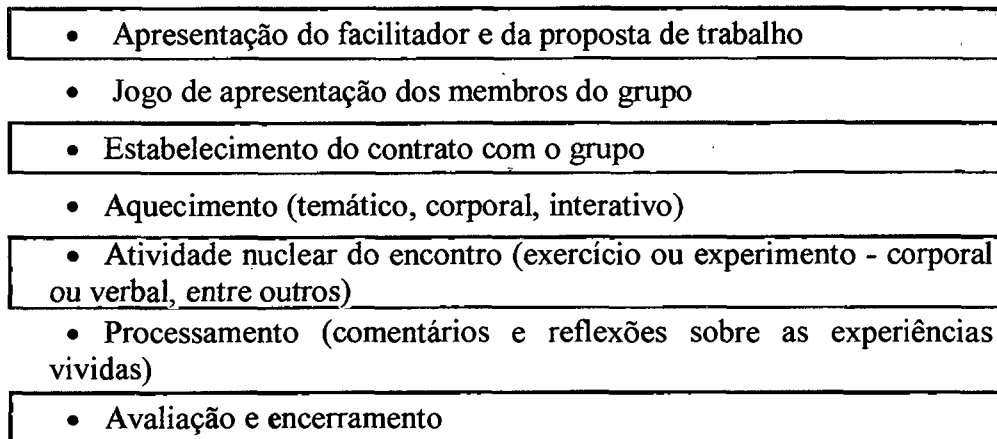


Figura 3- Esquema representativo do modelo genérico de um encontro vivencial.

• **Apresentação do facilitador**

É orientação dos criadores do SAV que todo Encontro Vivencial deva iniciar pela apresentação dos facilitadores, bem como com a apresentação dos objetivos do Encontro e das atividades a serem desenvolvidas.

• **Jogo de apresentação dos membros do grupo**

Foi uma atividade de inclusão, na qual os participantes têm a oportunidade de se apresentarem aos demais. Existem várias técnicas para se fazer a apresentação dos componentes de um grupo, sendo que a escolha depende do tipo de grupo com que se está trabalhando.

• **Estabelecimento do contrato com o grupo**

No contrato, apresenta-se aos participantes, o tempo previsto para o momento vivencial, bem como o seu compromisso no que se refere à participação, deixando-os à vontade para expressarem as suas expectativas e percepções, se assim o desejarem. Foi solicitado também ao grupo que evitasse sair da sala antes do término das atividades, a não ser em caso de extrema necessidade, para que não houvesse interrupção das atividades propostas para o encontro.

Ficou combinado, também, o tempo aproximado de duração das reuniões; reafirmou-se o direito de expressão ou de se absterem nos depoimentos e a garantia do anonimato e sigilo das informações coletadas. Foi solicitada permissão para a utilização de gravador e/ou máquina fotográfica, cercando-se dos devidos cuidados de garantia do anonimato e sigilo das informações.

- **Aquecimento corporal, temático e interativo**

Segundo Leite e Ferreira (1998), o aquecimento tem a função de preparar as pessoas e o grupo para o contato consigo mesmo e com os outros. O desafio do aquecimento é despertar nas pessoas a receptividade para este contato sensível. Nem sempre esta receptividade está presente, pois as pessoas, ao desenvolverem suas atividades diárias, tendem a exercer um contato com o mundo real e objetivo, o que dificulta o afloramento da subjetividade. “O aquecimento deve procurar amenizar as situações que dificultam a sensibilidade, diminuindo a tensão somática, ampliando a consciência do instante vivido e relaxando o campo das relações interpessoais” (LEITE e FERREIRA, 1998, p.3).

Sendo assim, esta etapa tem como objetivo preparar aquele momento “para configurar-se como um ambiente acolhedor e um espaço protegido, modificando a energia para a atuação e criando possibilidades de experimentação” (LEITE e FERREIRA, 1999, p.23).

A fim de facilitar a compreensão desta etapa, os autores citados dividem-na em três níveis:

a) **aquecimento temático:** é o momento em que o facilitador faz a apresentação da temática da proposta, visando a facilitar o “contato cognitivo e emocional dos participantes com o tema e iniciando a abertura de interação dialógica” (LEITE e FERREIRA, 1999, p.23);

b) **aquecimento corporal:** “é o momento em que o facilitador propõe exercícios físicos para mobilizar nas pessoas a energia necessária para preparar o grupo para o trabalho vivencial” (LEITE e FERREIRA, 1998, p.13). Além da mobilização de energia, o

aquecimento corporal ajuda na redução das tensões musculares, permitindo o contato com o *aqui e agora*.

c) **aquecimento interativo:** que “através de jogos e exercícios que buscam situar os indivíduos no contexto grupal, favorece o contato com a dimensão relacional, configurando a unidade coletiva” (LEITE e FERREIRA, 1999, p.23).

Estes três aspectos do aquecimento geralmente são apresentados nesta ordem e formam entre si uma unidade, porém não é necessário que haja a utilização dos três tipos, podendo-se prescindir de algum deles, como foi o caso, neste estudo, em que foi suprimido o aquecimento corporal.

- **Atividade nuclear do encontro**

O experimento é a atividade nuclear da aprendizagem vivencial.

O caráter experimental da situação possibilita a ação, a reflexão e a aprendizagem em condições mais favorecidas. A realização dos experimentos visa a ampliar a capacidade de arriscar, de colocar em prática, de tomar consciência e principalmente, de “aprender a aprender”. Os experimentos vivenciais têm então um potencial mobilizador para ativar determinados núcleos temáticos, de forma objetiva e subjetiva nos grupos e nos indivíduos (LEITE e FERREIRA, 1999, p.23).

Desta forma, são esses experimentos, se adequados a cada fase evolutiva do grupo, que possibilitam a denominada *educação de laboratório* (MOSCOVICI, 1999).

- **Processamento (comentários reflexões sobre as experiências vividas)**

O processamento, para o SAV, é um conjunto de atividades que visa proporcionar a organização da experiência vivida (decodificação, comentário, devolutiva), possibilitando a aprendizagem e a construção do conhecimento.

- **Avaliação e encerramento**

O fechamento é o momento em que ocorre a organização da experiência vivida e sua transformação em aprendizagem (o que aprendi com a vivência). Esta etapa obedece a um ciclo que, partindo do que aconteceu (percepção) e do como aconteceu (reflexão),

“propõe atividades de formalização (como isso fica para mim) e de expressão (o que isso me causou)” (LEITE e FERREIRA, 1999, p.24).

Em todos os encontros realizados, elaborou-se material didático, conforme consta no Relatório da Prática Assistencial, contendo a síntese do conteúdo abordado, o qual foi entregue às enfermeiras, para que pudessem utilizá-lo durante essa prática, ou posteriormente, como subsídio, se necessário.

Assim, essa etapa foi realizada em seis encontros, construídos de acordo com as premissas filosóficas e teórico-metodológicas do SAV, mais especificamente planejados e desenvolvidos por meio de vivências integradoras. As falas, gravadas e transcritas, delimitaram e conduziram a análise, realizada posteriormente.

O primeiro encontro, denominado Estabelecendo Vínculos, representou uma primeira aproximação com os sujeitos do estudo, bem como uma primeira aproximação com a temática em questão.

O segundo, denominado Profissionalizando o Trabalho, proporcionou ao grupo um contato mais aprofundado com o referencial teórico do processo de trabalho.

Os terceiro, quarto, quinto e sexto encontros, centraram-se na discussão da temática das relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras, utilizando-se o referencial trazido por Leite e Ferreira, originado da Teoria das Necessidades Interpessoais de Will Schutz.

4.1.6 Apresentação e análise dos dados

Os dados coletados neste primeiro momento, isto é, os relatos dos seis encontros realizados, serão apresentados no Capítulo 5 deste estudo.

Já a análise dos mesmos será apresentada no Capítulo 6, concomitantemente aos dados coletados nos relatórios do “Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM): uma proposta de reflexão e atualização das relações na enfermagem do Hospital 2”, buscando encontrar os pontos comuns entre as duas instituições no que se refere ao tema escolhido. A apresentação dos dados contempla as quatro fases da Dinâmica das Relações

Interpessoais, ou seja, inclusão, controle, ajustamento e separação-avaliação, as quais se constituíram nas categorias norteadoras da análise implementada.

4.2 O segundo momento: a busca de convergências entre as instituições estudadas

Visando a alcançar o segundo objetivo específico, foi desenvolvido o segundo momento do percurso metodológico, qual seja, levantar junto a dois relatórios do Programa “Vivendo e Trabalhando Melhor: uma proposta de atualização das relações na enfermagem do Hospital 2” (produzidos nos anos de 1996 e 1997), dados referentes à dinâmica das relações interpessoais e grupais das enfermeiras no desenvolvimento de seus processos de trabalho, buscando convergências com os dados levantados no primeiro momento deste estudo.

4.2.1 Caracterização do Hospital 2

Conforme Matos (2002) o Hospital 2 é um hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal, que presta assistência à saúde da população do Estado de Santa Catarina, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Desempenha papel ligado à formação de recursos humanos na área da Saúde. Possui cerca de 250 leitos nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Possui, ainda, um Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório especializado, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

Segundo dados estatísticos, a instituição realizou, no ano de 2000, 132.211 atendimentos na área ambulatorial e 119.127 na área de emergência. Realizou 9.240 internações, 2.541 cirurgias com internação, 5.903 cirurgias ambulatoriais, 1.218 partos normais e 548 partos cesáreos.

Possui, em seus quadros, cerca de 1.378 trabalhadores, sendo que desses, em torno de 550 estão lotados na Diretoria de Enfermagem (DE). Os trabalhadores lotados nessa diretoria são: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários.

Em função da inexistência de concurso público federal, nos últimos anos, esses trabalhadores estão submetidos a diferentes tipos de contrato. Na enfermagem encontramos um percentual aproximado de 80% do total, contratados por concurso público federal, constituindo o quadro de trabalhadores efetivos da instituição. Os 20% restantes são contratados através de uma fundação de amparo a pesquisa e extensão.

No organograma geral do hospital, a Enfermagem está localizada junto às diretorias de Administração, Medicina e Apoio Assistencial, subordinadas diretamente ao Diretor Geral da instituição.

Após a reforma organizacional, realizada em junho de 2000, a Enfermagem organiza-se em Divisões, Serviços e Núcleos. Conta ainda com as seguintes assessorias: Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEen), Comissão Permanente de Metodologia da Assistência (CPMA) e Comissão de Ética de Enfermagem (CEEen.).

4.2.2 O Programa Vivendo e Trabalhando Melhor

O Programa “Vivendo e Trabalhando Melhor: uma proposta de atualização das relações na enfermagem” (Programa VTM) foi desenvolvido pela Diretoria de Enfermagem junto às profissionais do Hospital 2, entre os anos de 1996 e 2001. A implantação do programa ocorreu num período de transição, em que assume uma nova Diretoria de Enfermagem, que percebe dificuldades na manutenção da qualidade da assistência e uma crescente deterioração nas relações de trabalho, agravadas pela crise geral no serviço público que, pela ausência de reajuste salarial, dirige as trabalhadoras de enfermagem para múltiplos vínculos empregatícios com vistas à garantia de sua sobrevivência (MATOS, 2002).

A proposta da Diretora de Enfermagem eleita na época colocava a possibilidade de investir num modo diferente de fazer o trabalho de enfermagem, prevendo a participação dos elementos da equipe, das pacientes e familiares, em todos os momentos do processo de trabalho – no planejamento, execução e avaliação da assistência.

Logo de início, perceberam-se as dificuldades de mobilizar o pessoal em torno dos problemas da assistência, em função de vários fatores, entre os quais, os conflitos

existentes na equipe e a conjuntura do serviço público daquele momento. Diante das dificuldades, a alternativa foi buscar a valorização do trabalhador, na perspectiva de proporcionar o exercício de um trabalho mais prazeroso, de cuidado com o trabalhador de enfermagem e que tivesse conseqüências positivas para a qualidade da assistência prestada.

Desta forma, buscaram-se alternativas para enfrentar a situação existente. Uma destas alternativas foi a criação e implementação do Programa acima citado, desenvolvido por consultores contratados, que tinha como objetivo “buscar formas de otimizar o desempenho profissional e as relações humanas na enfermagem do hospital universitário (...), como estratégia para assegurar a qualidade dos serviços prestados por esse setor na dinâmica hospitalar e a comunidade por ele assistida” (LEITE e FERREIRA, 1996, p. 3).

O Programa VTM, nesses anos, desdobrou-se em várias etapas, que foram desde a mobilização das diversas categorias para o diagnóstico da situação, atualização e treinamento de papéis, integração de equipe; capacitação interna e complementação, consolidação e supervisão do programa.

Na fase de diagnóstico pôde-se confirmar a fragilidade das relações internas da equipe de enfermagem, já levantadas anteriormente por Capella (1998), gerando situações constantes de disputa e desvalorização do trabalho de um grupo de trabalhadores em relação ao outro.

Técnicos e auxiliares de enfermagem, mais especificamente, manifestaram a insatisfação crescente quanto ao desenvolvimento do seu trabalho no que se refere à desconsideração de seu saber técnico, à subordinação às enfermeiras e à não participação nas decisões que envolvem questões relacionadas ao trabalho por eles executado e no planejamento da assistência (LEITE e FERREIRA, 1997 c).

Entre as enfermeiras observou-se uma crise de identidade marcada pelo afastamento do cuidado do paciente, em função do planejamento da assistência e da organização do ambiente de trabalho (LEITE e FERREIRA, 1996).

Entre o corpo gerencial, a crise de afastamento do paciente é mais aguda e agrega-se às dificuldades no gerenciamento, expressas pela forte crise de autoridade, deficiências

no processo de comunicação e despreparo para lidar com as questões ligadas às relações interpessoais na equipe (LEITE e FERREIRA, 1998).

As dificuldades, reveladas na fase de diagnóstico, foram objeto de trabalho do VTM, em várias etapas desenvolvidas com as trabalhadoras de enfermagem. Ainda, nesses anos, uma equipe de enfermeiras, técnicas, auxiliares e professoras de Enfermagem, foram preparadas para atuarem como facilitadoras de processos vivenciais, constituindo-se um grupo de apoio e continuidade do programa, através do Núcleo de Apoio Permanente (NAP) ao VTM, quando os consultores não estivessem mais atuando junto àquela instituição (MATOS, 2002).

4.2.3 A coleta de dados do Hospital 2: os relatórios do Programa VTM

A coleta de dados se deu a partir de levantamento realizado junto a dois relatórios elaborados pelos consultores do Programa, que continham informações que pudessem apontar as convergências procuradas, configurando-se, então, este segundo momento, em uma pesquisa do tipo análise documental.

Os dados foram buscados na primeira e segunda etapas do Programa VTM (de um total de cinco), denominadas “Diagnóstico e Mobilização” e “Intervenção Institucional”, ocorridos nos anos de 1996 e 1997, em que foram realizadas seis ações específicas (das quais duas são as que mais interessam e a seguir serão apresentadas), que foram consideradas condizentes com os dados coletados no primeiro momento desse estudo.

A primeira etapa do programa tinha a finalidade de iniciar um processo de mobilização com as enfermeiras, para mudanças e otimização das relações institucionais, e, ao mesmo tempo, estabelecer um primeiro diagnóstico do cotidiano de trabalho na instituição (LEITE e FERREIRA, 1996), dando origem ao “Relatório de Avaliação”, que foi o primeiro documento analisado.

O segundo momento “buscou facilitar às integrantes da equipe gerencial da Diretoria de Enfermagem uma reflexão sobre seus papéis, voltando-se principalmente aos aspectos relacionais envolvidos em sua atuação institucional” (LEITE e FERREIRA,

1997a. p. 3). Também acerca deste momento foi elaborado um relatório, denominado “Dinâmicas do Corpo Gerencial”, que se constituiu no segundo documento analisado.

Assim, com vistas a identificar pontos convergentes referentes a essas mesmas dinâmicas vividas pelas enfermeiras do Hospital 1, foram analisados os dois relatórios acima referidos, levantando junto a eles, dados referentes à dinâmica das relações grupais no desenvolvimento do processo de trabalho das enfermeiras do Hospital 2.

Como os dados coletados no primeiro hospital universitário serviram também para a realização de um diagnóstico do cotidiano relacional das enfermeiras-chefes, e, além disso, devido a semelhança entre os processos desenvolvidos nas duas instituições, acredita-se poder, de certa forma, expandir as análises e conclusões para além daqueles dois locais.

4.2.4 Apresentação e análise dos dados

Conforme previsto e já apontado no primeiro momento do percurso metodológico, os dados, referentes a este segundo momento, ou seja, as convergências encontradas nas duas instituições estudadas, são abordadas em capítulo específico (capítulo 6), onde são apresentadas e analisadas à luz do referencial teórico desse estudo. Sempre que necessário, foram buscados outros autores, com o intuito de sustentar as argumentações realizadas.

5 O PROCESSO DE REFLEXÃO DESENVOLVIDO JUNTO ÀS ENFERMEIRAS DO HOSPITAL 1

Conforme explicitado anteriormente, foram desenvolvidos, com as enfermeiras, seis encontros vivenciais, utilizando-se o referencial teórico-metodológico de Leite e Ferreira (1997, 1998, 2000, 2001), com o objetivo de, ao mesmo tempo em que se refletia acerca das relações estabelecidas no seu processo de trabalho, apresentar-lhes um referencial que pudesse proporcionar a atualização de suas identidades profissional e institucional, com vistas à transformação de sua práxis.

Neste capítulo, tendo por base a estruturação do Modelo Genérico de um Encontro Vivencial, descrito na metodologia (Capítulo 4), inicia-se o relato detalhado dos encontros realizados, com a intenção de retratar o planejamento e implementação dos mesmos, o que facilitará a compreensão da análise realizada no capítulo posterior. É importante salientar que o primeiro e o segundo encontros, que tinham por objetivos específicos, respectivamente, estabelecer vínculos com o grupo e proporcionar a reflexão e posterior (re)construção de conceitos, frente ao processo de trabalho em enfermagem, não serão objeto de reflexão no capítulo seguinte, apesar de entender-se e ressaltar-se a sua importância como condutor e fator explicativo de várias posições manifestadas pelos sujeitos deste estudo, ao tratar especificamente das relações de trabalho.

Com relação ainda ao segundo encontro, apesar da temática do processo de trabalho ter sido amplamente discutida nessa ocasião, os conceitos pertinentes à temática foram retomados e aprofundados nos encontros posteriores, tendo sempre, como questão inicial, a

vivência e a percepção dos sujeitos frente ao seu cotidiano de trabalho e, a partir disto, a possibilidade de teorizar com o auxílio da Teoria Sócio-Humanista, redefinindo os próprios conceitos.

Assim, no primeiro e segundo encontros, além da descrição dos mesmos, serão trazidas algumas falas e nos demais o relato se restringirá ao planejamento e implementação dos mesmos.

5.1 O primeiro encontro: estabelecimento de vínculos.

Este momento teve como objetivo principal apresentar a proposta do estudo, buscar interação com o grupo e estabelecer um “contrato” para o desenvolvimento da proposta. Além disso, tinha também o objetivo de já estabelecer o primeiro contato com a temática, com a apresentação do estudo “Gerenciando as Relações Interpessoais no Cotidiano de Trabalho da Enfermagem” (URBANETTO, 2001), realizado na mesma instituição, uma vez que, com o qual foi possível identificar as percepções e as representações que as enfermeiras tinham acerca de suas relações no trabalho, bem como sinalizar a necessidade de um aprofundamento e conseqüente atualização.

- **Apresentação da facilitadora**

Mesmo tendo, por longo período, como enfermeira, convivido e partilhado muito dos momentos, percepções, facilidades e dificuldades da instituição, foi importante a minha apresentação como facilitadora, pois, naquele momento, o contexto do convívio era diferente e exigia uma identificação do papel assumido como tal.

- **Jogo de apresentação das integrantes do grupo**

Foi desenvolvido um jogo de apresentação com os membros do grupo, intitulado “O que sei dela”. Esta atividade tinha como objetivo proporcionar interação entre as componentes desse grupo, a partir do relato do que sabia uma enfermeira sobre a outra. Optou-se por este tipo de apresentação por entender que praticamente todas trabalhavam na instituição há algum tempo e já se conheciam, pelo menos no que se referia ao nome e local de trabalho.

Previamente, após saber quais as enfermeiras que participariam do encontro, seus nomes foram colocados em um cartão individual, no interior de uma caixa. No início do jogo de apresentação foi solicitado que cada enfermeira retirasse um cartão. Caso o cartão retirado contivesse o seu nome, solicitava-se que a mesma retirasse outro. Na seqüência, solicitou-se que cada uma falasse um pouco sobre o que sabia acerca da enfermeira cujo nome constava no cartão que tinha retirado. Assim, espontaneamente, as enfermeiras iam trazendo sua percepção acerca da pessoa escolhida.

Foi um momento muito precioso, em que tanto a enfermeira que enunciava a sua percepção, quanto a que recebia e até mesmo o grupo, interagiu, na forma de complementações e até mesmo versões diferentes, o que aprofundou o conhecimento de si próprias e do grupo, reforçando o vínculo entre elas. Este momento, que a princípio acreditava não ser demorado, ocupou grande parte do encontro, mas devido à sua importância, não foi desestimulado, nem interrompido.

- Estabelecimento do contrato com o grupo

No estabelecimento do contrato com o grupo, foi apresentado o tempo aproximado de cada encontro e a necessidade da participação sistemática em todos os encontros, em função do seu caráter processual e evolutivo. Foi solicitado, também, que evitassem ao máximo saírem da sala antes do término das atividades, para que não houvesse interrupção das atividades propostas, uma vez que para que se pudesse alcançar os objetivos, dependia-se de todas e de cada uma em especial.

Foi proposto que ficassem à vontade para expressarem as suas expectativas, opiniões e percepções, reafirmando a todas o direito de livre expressão a qualquer momento ou de se absterem dos depoimentos se assim o desejassem. Foi solicitada autorização para a utilização de gravador e máquina fotográfica em determinados momentos, garantindo-lhes o seu anonimato e o sigilo de informações que não desejassem que fossem veiculadas.

- Aquecimento temático e interativo

Conforme planejado, no aquecimento temático apresentou-se um resumo da proposta, e, mais especificamente, os objetivos do estudo e os conteúdos a serem desenvolvidos no decorrer dos seis encontros vivenciais. Este momento possibilitou que as enfermeiras tirassem suas dúvidas, pudessem ter uma idéia geral das atividades a serem desenvolvidas, bem como demarcou o compromisso assumido por todas.

- Experimento

Sugriu-se, como atividade nuclear do encontro, a leitura do livro “O frio pode ser quente?” (MASUR, 1991). Essa leitura foi realizada no grande grupo e não em pequenos grupos como fora planejado, em função de a atividade anterior ter se estendido por um tempo maior que o proposto.

Este livro traz reflexões acerca do jeito de cada um olhar determinados aspectos de uma dada situação. Assim, na tentativa de relativizar as diversas formas de poder olhar uma mesma situação, bem como demonstrar que dependendo do momento vivido, da cultura de cada um, da visão de mundo que cada um tem, o jeito de olhar pode ser diferente, sem ser equivocado ou “errado”. Algumas falas retratam este momento:

acho que são bem as contradições que a gente tem, ontem se fez assim, mas hoje a situação mudou e estamos vendo de outra maneira (Jade);

acho que a gente tem que entender o porquê das coisas, pois eu posso ver de uma forma e o outro profissional pode ver diferente. Até mesmo nas nossas relações, às vezes a gente fala brincando e a pessoa acha que foi para ela, que foi pessoal (Ametista);

isso acontece nos nossos relacionamento; em determinado momento tu tens uma atitude que fere um colega e tu não percebes assim, mas ele sim e isso atrapalha, machuca e marca. Se não for esclarecido o grupo todo perde, pois as relações não são as mesmas (Jade);

O objetivo dessa atividade era a de provocar reflexões acerca de posturas e atitudes “cristalizadas” no cotidiano do trabalho, mais especificamente nas relações aí estabelecidas, tentando mostrar ser possível perceber diferentemente uma mesma situação. Tinha também o propósito de preparar o grupo para o momento seguinte, em que seria

realizada a apresentação do estudo acerca das percepções das enfermeiras a respeito das relações estabelecidas no trabalho.

- Processamento

Dando prosseguimento, iniciou-se a atividade de processamento com a apresentação do trabalho “Gerenciando as Relações Interpessoais no Cotidiano de Trabalho da Enfermagem” (URBANETTO, 2001a), realizado com enfermeiras desse mesmo hospital, em fevereiro de 2001, cujos resultados trazem a percepção das mesmas frente às relações que se estabelecem no interior do processo de trabalho. Não foi apresentado o trabalho na íntegra, mas alguns pontos que seriam importantes à discussão. Foram retratadas, então, as suas representações acerca do que significavam relações interpessoais, a importância atribuída ao tema, as ações a serem desenvolvidas para o seu aprimoramento, a caracterização das relações entre os diversos profissionais e ainda o questionamento sobre a existência de planejamento ou sistematizações que promovessem aprimoramento dessas relações.

No transcorrer e ao final da exposição, foi aberto espaço para que o grupo verbalizasse as suas percepções frente aos resultados e análise apresentados:

passam por relações de poder, pois muitas vezes eu não consigo determinada coisa, mas outra pessoa sim (Ametista);

eu acho que está bem retratada, é a realidade. Nós que trabalhamos cotidianamente na instituição, sabemos que esta é a verdade, poucos setores conseguem trabalhar as relações (Ametista);

a Enfermagem é muito ligada à normas e regras. É mais fácil seguir aquela normativa porque aí eu não tenho que discutir. A nossa formação também não nos prepara para gerenciar estas relações (Jade);

a gente tem o relato dos técnicos de enfermagem que vão exatamente ao encontro com estas percepções na relação enfermeira- auxiliar/técnico de enfermagem (Jade).

Parece que, ao se manifestarem desta forma, as enfermeiras-chefes perceberam como sendo sua atribuição, também, o gerenciamento dessas relações, ao mesmo tempo em que se mostravam dispostas a enfrentar mais este desafio. Estas reflexões reforçaram e estimularam o trilhar de um caminho tão complexo e ao mesmo tempo instigante.

Acredita-se que este primeiro momento foi fundamental na preparação do grupo para a seqüência do desenvolvimento do trabalho.

- Avaliação e fechamento do encontro

A avaliação deste encontro foi feita no sentido de tentar perceber como as enfermeiras reagiam frente aos resultados do estudo apresentado, ao mesmo tempo em que se buscava subsídios para programar os próximos encontros, pois se esse grupo referendasse os resultados desta primeira pesquisa, haveria mais tranqüilidade e segurança para prosseguir. Neste sentido, foi solicitado que as enfermeiras verbalizassem sua percepção frente aos resultados retratados no estudo.

5.2 O segundo encontro: profissionalização do trabalho.

Esse momento teve como objetivo principal dar sustentação às discussões que seriam feitas, posteriormente, na reflexão das dinâmicas das relações grupais, fazendo uma conexão entre a Teoria Sócio-Humanista, em que é ressaltado, entre outros aspectos, o processo de trabalho, e o Sistema de Aprendizagem Vivencial. De maneira extremamente sintética, pode-se afirmar que esta inter-relação se dá justamente na temática das relações de trabalho e, mais amplamente, como propostas construtivistas e em permanente aprendizado e evolução. Cabe destacar, ainda, que este era o primeiro contato de todo o grupo com a temática processo de trabalho, e, neste sentido, havia a preocupação maior de trazer para reflexão noções gerais do processo de trabalho de forma a discutir, visualizar e identificar principalmente os seus elementos constituintes.

Desta forma, esse encontro teve como objetivo proporcionar discussões crítico-reflexivas acerca do processo de trabalho, iniciando amplamente na área da Saúde e direcionando as discussões para o processo de trabalho em Enfermagem, na tentativa de refletir a vivência cotidiana das enfermeiras.

- Aquecimento temático

Como aquecimento temático, retomaram-se os principais aspectos do encontro anterior, entre eles o objetivo do trabalho, a proposta em si e os principais pontos e discussões a respeito do estudo realizado acerca das relações interpessoais.

- Experimento

Com a finalidade de iniciar a reflexão acerca do processo de trabalho, como experimento, foi proposto ao grupo que, dividido em dois, construísse um objeto com o material disponível (previamente separou-se material de sucata, folhas coloridas, cordão, cartolinas, tesoura, cola, revistas, entre outros).

A proposta foi bem aceita pelo grupo, que se mostrou motivado. Após contemplar os materiais, organizou-se em dois e iniciou a construção do objeto.

Durante a realização desta vivência, as enfermeiras permaneceram descontraídas, sentadas no chão. Um grupo construiu quatro objetos (um cordão com bandeirinhas, um telefone, um relógio e um porta-retratos), correspondendo à idéia de cada uma das componentes do grupo, enquanto o outro construiu um único objeto (um cartaz com figuras simbolizando motivos juninos). Após a confecção, retomou-se o grande grupo para a apresentação dos objetos construídos.

- Processamento

Antes que iniciassem a apresentação, foi solicitado às integrantes do grupo que relatassem como foi a realização da atividade como um todo, ou seja, como foi o planejamento, como surgiu a idéia, a partir de qual necessidade ia se construir aquele objeto e com que finalidade, quais os materiais que utilizaram para a construção do mesmo, entre outros aspectos.

Assim, a partir do que cada grupo ia trazendo, eram introduzidos os principais conceitos referentes ao processo de trabalho. Além disso, também a partir da confecção do objeto, foi possível identificar os elementos constituintes desse processo de trabalho de uma maneira geral, e, na seqüência, utilizar este conhecimento para identificar os elementos constituintes do processo de trabalho em Saúde, e, mais especificamente, em Enfermagem.

A partir da apresentação de cada grupo, foi introduzido o referencial teórico do Processo de Trabalho. Assim, tentou-se resgatar cada um dos elementos que deram origem

à produção de cada grupo. Para se ter uma idéia de como foi conduzido este momento, algumas falas possibilitarão “visualizar” a riqueza da reflexão realizada.

Quando se iniciou a discussão, trazendo a necessidade como geradora de qualquer trabalho, Safira diz: *foi a tarefa, a solicitação feita por ti, porque até o momento de chegar aqui, eu não pensava em fazer*, sendo complementada por Ametista, *era a de cumprir uma determinação*. Aqui a necessidade é vista no sentido da colaboração com um pedido realizado, mas é importante levar em conta, as necessidades pessoais que podem produzir fatores determinantes de diferentes finalidades.

A finalidade sempre é o objetivo que orienta todo o processo de trabalho e é delineada a partir da necessidade, que naquele momento foi assim visualizada: *produzir um trabalho, um produto final* (Rubi).

O objeto de trabalho, que é sobre o que se aplica o trabalho, sobre o que se exerce a atividade, pôde ser assim identificado no momento em que Esmeralda apresentava a produção do grupo (o cartaz com figurinhas de motivo junino): *com o material, com o papel colorido, o tipo de material é próprio para fazer isto. E a força de trabalho, que são as faculdades físicas e mentais que o ser humano põe em ação toda vez que produz um bem ou serviço: também retrata um pouco do nosso dia-a-dia, que as quatro são práticas, rápidas e claras, sem muito, assim... o que a gente faz, assim é mais imediatista, todas as quatro. Resoluções imediatas, mesmo em conjunto, mas as coisas saem* (Topázio). Ou ainda, *é bom porque envolvia todo o grupo. Uma cortava, outra colava* (Esmeralda).

A partir da discussão, que se acentuou em torno da necessidade e da finalidade, analisou-se como, no cotidiano de trabalho, assume-se a rotina e deixa-se de lado a criatividade. Perde-se a noção da totalidade da palavra trabalho e se imprime uma única conotação, a da necessidade, que submete a formas de fazer que contribuem para a soma de insatisfações, com repercussões tanto para a vida profissional quanto pessoal.

Foi discutida com o grupo a concepção de Marx, citada por Capella (1998, p.99), na qual “o trabalho não mais se reduz à atividade de produção material, para responder a reprodução fisiobiológica (‘mundo da necessidade’), mas envolve as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer... (‘mundo da liberdade’)”, na tentativa de fazer uma

aproximação com a realidade de trabalho, onde muitas vezes é mecanizado o serviço, na forma de normas e rotinas rígidas e inflexíveis, negando as emoções e a própria criatividade inerente ao ser humano. Desta forma, parece haver uma descontinuidade, cisão ou descomprometimento com a qualidade do serviço prestado, vinculando-o apenas à questão de vencer o requisito cumprir a tarefa e conseguir subsistir. Esta questão também impele, pela baixa remuneração da função, a duplas jornadas de trabalho, piorando ainda mais este quadro, como é retratado por Esmeralda, quando diz *muitas vezes a pessoa tem uma necessidade maior de subsistência e tem que trabalhar, trabalhar e assumir várias coisas (...)*, e desta forma que momento lhe resta para parar, pensar em melhorias do seu trabalho e de sua vida?

Mas, por outro lado, pode-se perceber um envolvimento muito grande com o trabalho, que quase chega à abnegação, como demonstra a fala:

eu vejo assim, tanto que durante os anos que eu estou trabalhando, não fico lembrando quanto é que eu vou ganhar, o que é que vai dar para ti fazer com este valor, tu ficas lembrando de ti ali no trabalho, de fazer uma coisa bem feita, uma coisa que tu estás gostando de fazer, eu sinto assim. Não estou fazendo simplesmente pelo dinheiro, é porque eu gosto de fazer e não me vejo fazendo outra coisa, eu gosto daquilo que eu faço (Esmeralda).

No entanto, apesar de saber que compreender e apreender o trabalho nas suas diversas dimensões é fundamental para os seres humanos, não há como não se questionar o real valor atribuído a ele, visto que na sociedade em que vivemos ou muitas vezes sobrevivemos, o que basicamente determina uma melhor ou pior qualidade de vida é a condição material adquirida no e por meio do trabalho.

Na continuidade da reflexão, passou-se a discutir a inter-relação entre os vários processos de trabalho em saúde e, obviamente, apareceu, claramente, o tema relações de trabalho, que, aliás, já estava se delineando para os próximos encontros. Surge então uma frase trazida por Diamante, cujo conteúdo é bem conhecido, e que na verdade não surpreende, pois faz parte do cotidiano de trabalho em saúde este eterno e inevitável assunto:

a grande dificuldade que temos é com relação à Medicina (...). Nós passamos a vida toda tentando nos impor, tentando colocar que a gente tem um conhecimento que é diferente do deles e que tem que ser

respeitado. Então é uma imposição diária nossa e não sei se um dia a gente vai conseguir chegar a um ponto que não vai precisar disso(...).

Adicionou-se a esta reflexão a questão da finalidade do trabalho em saúde, pois o grupo acreditava haver divergências entre a finalidade da Enfermagem e a da Medicina, como por exemplo:

o que acontece é que a nossa finalidade é uma e a da Medicina é bem diferente da nossa, aparentemente ou realmente(...). Por isto, talvez, é que se gere tanto conflito com a Enfermagem e Medicina (Topázio);

a nossa finalidade deve vir de acordo com as necessidades do paciente, nem sempre a do médico é essa, (Diamante);

é essa a diferença da nossa função, é aí que o nosso trabalho se diferencia, nós temos um cuidado e uma assistência diferenciada da do médico, que enxerga a doença e não a pessoa (Ametista).

As necessidades sentidas pelos trabalhadores, bem como por aqueles atendidos por estes, são determinantes das finalidades existentes no processo de trabalho, que podem ser visualizadas de formas diferentes dentro de um mesmo processo, dependendo das necessidades sentidas pelos trabalhadores ou mesmo a quem é prestado o serviço. É de suma importância, no entanto, que esteja claro que a finalidade maior do processo de trabalho em saúde é prestar atendimento a quem procura os serviços de saúde, atendimento esse que pode ser visto por diferentes “olhares”, tanto do ponto de vista de quem o utiliza como dos profissionais que o prestam. Por outro lado, é necessário acrescentar a esta complexa questão que, além de atender as necessidades de quem procura os serviços de saúde, é indispensável pensar que também os trabalhadores que prestam este tipo de serviço têm suas necessidades, bem como as das instituições em que atuam, as quais precisam ser atendidas.

A respeito do processo de trabalho em saúde, Capella e Leopardi (1999, pg.144), referem ser

um processo de trabalho coletivo, no qual áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outros, compõem o todo. Este processo, institucionalizado, tem como finalidade atender o ser humano que, em algum momento de sua vida, submete-se à intervenção de profissionais de

saúde. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela deste atendimento (...).

Entretanto, parece ainda não estar clara a delimitação dessas parcelas, tanto do ponto de vista profissional (de cada profissão) como do ponto de vista institucional (os papéis que cada profissional desempenham naquele local de trabalho). Sendo assim, acontecem os conflitos e posicionamentos, muitas vezes vindos da esfera pessoal ou mesmo emocional, sem a devida clareza e profissionalismo, dificultando consideravelmente o desenvolvimento do trabalho como um todo.

Cada profissão tem sua especificidade, seus valores, suas possibilidades, seus limites e estão inseridas em um determinado momento histórico. A Enfermagem não foge a esta regra. É preciso apenas que os profissionais se convençam da finalidade do seu trabalho, ou seja, a assistência à saúde do ser humano, o que em linhas gerais, também é a finalidade de todas as profissões da área da Saúde, e, no interior destas calorosas reflexões, buscarem um agir ético e comprometido com aquele a quem atendem. Reforçando a afirmação acima, transcreve-se a citação de Gaudêncio (1999, p.57), que refere:

no dia a dia, vivemos uma grande variedade de papéis. Alguns, altamente gratificantes, nos enriquecem a personalidade. Outros nos aprisionam em rotinas vazias, trazendo-nos sentimentos de inutilidade e fracasso. Um papel social inadequado pode levar ao empobrecimento progressivo do eu. Mas quando o papel é propício à capacidade criadora do indivíduo, e quando há espaço na organização para que ele desempenhe seu papel com dignidade, vigora o sentimento de realização pessoal e multiplica-se, visivelmente a produtividade (...) precisamos reconhecer e incentivar os papéis mais adequados a cada um de nós.

Estes papéis, quando não definidos e assumidos, produzem insegurança na pessoa que os assume e questionamentos nos observadores, como retrata a fala de Esmeralda:

quando veio aquele papel pra gente definir as atividades para a insalubridade, a gente ficou pensando, o que é que eu vou colocar aqui? E vimos que estávamos escrevendo as mesmas coisas que os auxiliares fazem. O que é que nós fizemos de diferente? O que é que a gente faz?

No decorrer do encontro, tentava-se sempre trazer o referencial teórico do processo de trabalho, pois se tinha como objetivo, além de provocar as reflexões sobre o cotidiano de trabalho, também possibilitar o aprendizado da temática. No entanto, não foi possível aprofundar essas reflexões, conforme o planejado, pois existia uma necessidade muito

grande de discutir as necessidades e a finalidade do trabalho em saúde. Desta forma, o objeto e os instrumentos de trabalho foram mais apresentados do que propriamente debatidos. Também era evidente a necessidade de discutir a respeito dos papéis profissionais e institucionais, bem como a questão da inserção profissional e da valorização do trabalho e do trabalhador.

- Avaliação e fechamento do encontro

O fechamento do encontro deu-se de forma a resgatar, dentro do processo de trabalho, os seus elementos constituintes, com ênfase, neste momento, à força de trabalho e às relações interpessoais e grupais que se estabelecem. Assim, como no primeiro encontro, foi entregue material didático contendo a síntese do conteúdo desenvolvido neste segundo encontro. Foi reforçado o convite para o próximo momento e a importância de participação das interessadas em todos os encontros, respeitando-se o direito de não participarem, se assim o desejassem.

Para obter a avaliação do encontro, solicitou-se que realizassem uma apreciação verbal, tanto em relação à temática como à condução dos trabalhos. As falas retratam o momento vivido:

o encontro foi se encaixando bem direitinho, retomou o encontro passado, depois veio a técnica, a gente pôde pensar e interagir, descontraíu o grupo (Diamante);

não foi monótono, é um anseio da maioria poder refletir (Rubi);

foi um desabafo, a gente começa a colocar as coisas (Ametista);

existe a necessidade de o enfermeiro estar sempre atualizado (...), somos muito tarefeiros e não vemos este lado, que tem tantas questões que podem ser trabalhadas e discutidas pelos profissionais (Topázio);

tem um caminho que a gente não sabe, até pela falta do conhecimento (Ametista);

Muitas vezes a gente age errado por não se envolver, por não conhecer as necessidades, os objetivos (Topázio);

É uma pena que não tem mais gente podendo refletir estas questões (Topázio).

Assim, a inclusão do referencial do processo de trabalho nesse processo de reflexão junto às enfermeiras pode trazer um avanço para a práxis, pois abriu a possibilidade concreta de as mesmas estarem olhando o seu trabalho de uma forma mais profissionalizada, no qual, por exemplo, junto com seringas, agulhas, comadres, papagaios, lençóis, esparadrapo, jarras, entre outros, os princípios científicos e as Teorias de Enfermagem passem a ser visualizados como instrumentos de trabalho.

5.3 O terceiro encontro: a dinâmica de inclusão...

A partir do terceiro encontro, a discussão centrou-se nas relações interpessoais e grupais, no processo de trabalho em Enfermagem. O conteúdo básico adotado para refletir sobre este tema é baseado na Teoria das Necessidades Interpessoais, de Will Schutz, com complementação de Leite e Ferreira, denominado “O Processo Evolutivo das Relações Grupais” (1997 b).

Conforme apresentado no capítulo 3, a dinâmica das relações interpessoais e grupais é parte do referencial teórico e metodológico do SAV, uma práxis que busca integrar as várias dimensões da pessoa, na perspectiva de restabelecer a sua interação com seus semelhantes e com o mundo.

Neste encontro específico, trabalhou-se a primeira fase do Processo Evolutivo das Relações Grupais, a dinâmica de inclusão, com o objetivo de, baseado nas percepções e ou vivências das enfermeiras, refletir o cotidiano de inclusão das profissionais de Enfermagem no trabalho institucionalizado e, se possível, oportunizar a visualização de (re) construção da práxis.

- **Aquecimento temático**

Após a recepção do grupo, iniciou-se o aquecimento temático, realizando o resgate do encontro anterior, em que se discutiu o processo de trabalho geral e, mais especificamente, o processo de trabalho em Saúde e em Enfermagem.

Neste sentido, tentou-se resgatar, além dos diversos conceitos, os elementos constituintes do processo de trabalho em enfermagem, quais sejam, as finalidades, os objetos, os instrumentos e a força de trabalho.

Logo após, introduzindo a temática das relações no trabalho, foi feita uma conexão com o processo de trabalho em enfermagem, com a questão da organização desse trabalho, na qual a enfermeira tem um papel de suma importância no gerenciamento, não só da assistência, mas também dos recursos materiais e estruturais, e, principalmente, das relações que aí se estabelecem entre a equipe de enfermagem, demais profissionais da área da saúde, gerências setoriais, serviços de apoio, entre tantos outros.

- Experimento

Na seqüência, foi proposta ao grupo como atividade nuclear, a dramatização de uma situação de recepção a uma enfermeira nova na equipe de trabalho, a partir de suas próprias vivências, quando, em algum momento de sua trajetória profissional, foram recebidas em um grupo novo de trabalho, mas também receberam novos integrantes. O grupo foi dividido em dois, para possibilitar o enriquecimento da discussão que aconteceria posteriormente. A idéia foi bem aceita e os grupos organizaram-se rapidamente.

A primeira encenação retratou uma situação de inclusão de uma enfermeira, a qual assumiu suas funções sem prévio conhecimento de fatores indispensáveis para a sua inclusão, como rotinas, filosofia institucional, identificação com a área de atendimento, conhecimento prévio da dinâmica de trabalho, bem como experiência profissional.

A segunda dramatização retomou os aspectos já trazidos pelo outro grupo, mas com enfoque principal na posição de manipulação exercida pelos auxiliares e técnicos de enfermagem (não pelas enfermeiras!), frente a possíveis mudanças e ao gerenciamento.

Após a dramatização foi disponibilizado ao grupo um espaço para a explicitação de sentimentos relativos às cenas vivenciadas. De uma maneira geral, a opinião do grupo foi o de que este era um momento de muita ansiedade, não somente para a pessoa que se incluía no grupo, mas para toda a equipe que a recebia.

- Processamento

A partir destas reflexões proporcionadas pela dramatização e pelo resgate de momentos de inclusão, iniciou-se a apresentação do referencial teórico relativo à Dinâmica

de Inclusão, ou seja, conceituação, psicodinâmica individual, inclusão do líder e o papel do líder na inclusão de membros de sua equipe, a distinção entre idealização e idealidade, entre outros.

Na apresentação do referencial teórico, observou-se a seqüência do material de apoio fornecido, mas sempre abrindo espaço para discussões, tentando fazer a conexão entre a prática e a teoria.

- Avaliação e fechamento do encontro

Como o tempo já havia se esgotado e as pessoas não poderiam mais permanecer, foi replanejada a última atividade, que era a de retratar, por meio de colagens com figuras ou palavras retiradas de revistas, a sua inclusão no Hospital em questão. Foi solicitado, então, às enfermeiras que, individualmente, baseadas nas reflexões individuais e coletivas acontecidas neste encontro, levassem para casa uma folha numerada, na qual fariam a colagem e no início do 4º encontro dar-se-ia continuidade ao processamento desta fase, com a apresentação das colagens elaboradas por elas.

A idéia foi bem aceita. As folhas foram numeradas no lado direito, em detalhe vermelho, com o intuito de, nas fases seguintes, ou seja, nas dinâmicas de controle, ajustamento e separação-avaliação, (quando as suas realidades individuais também seriam retratadas por meio de colagens), pudesse haver continuidade para uma possível análise posterior. As enfermeiras foram orientadas a gravar o número para que utilizassem o mesmo nas próximas dinâmicas.

Os números ficaram assim distribuídos: 1-Água Marinha, 2-Pérola, 3-Rubi, 4-Ametista, 5-Safira, 6-Diamante, 7-Ágata, 8-Esmeralda e 9-Topázio.

O fechamento do encontro foi realizado com a utilização da técnica de “Doação de palavras”, que consiste em solicitar às participantes que tentem, através da “doação de palavras”, avaliar a experiência vivida no encontro. As palavras doadas foram: *resgate* (Safira), *realidade* (Água Marinha), *lembrança* (Pérola), *oportunidade* (Rubi), *valioso* (Ágata), *reflexivo* (Ametista) e *rememoração* (Diamante).

5.4 O quarto encontro: a dinâmica de controle...

Este encontro teve seu enfoque principal voltado para o papel da enfermeira no comando de um grupo, bem como a percepção individual e coletiva de como este papel era assumido institucionalmente.

- Aquecimento temático

Inicialmente, foi realizada a apresentação das colagens referentes à inclusão de cada uma delas no Hospital em questão, contemplando sentimentos e percepções sobre este momento. Solicitou-se, também, em função do tempo, que não seria necessário relatar o fato em si, salvo se existissem situações específicas que explicitassem a vivência. Após o relato de cada uma, foi estimulada a continuidade do processo de reflexão, a partir do resgate dos principais pontos trazidos por elas, no momento de sua inclusão na Instituição.

Na seqüência, resgataram-se também os encontros anteriores, sendo apontados os principais aspectos discutidos no 1º encontro, a apresentação dos dados coletados com enfermeiras sobre sua percepção acerca das relações estabelecidas entre os profissionais da área da Saúde; no 2º, o processo de trabalho geral, na área da Saúde e especificamente na Enfermagem, buscando identificar os elementos constituintes deste processo; e no 3º encontro, tentando fazer uma conexão com o processo de trabalho da enfermagem, foi iniciada a apresentação do referencial teórico da Dinâmica das Relações Grupais, por meio da dinâmica de inclusão, em que, além de refletir sobre o processo de inclusão no cotidiano, e, de certa forma, já o comparando com o referencial apresentado, também foi resgatado o momento da inclusão de cada enfermeira deste grupo do Hospital 1.

Para introduzir a dinâmica de controle, foram trazidas algumas falas do encontro anterior, no qual algumas integrantes já questionavam a questão do preparo para assumir cargos gerenciais e também se discutiu a liderança como algo inerente a algumas pessoas, a chamada liderança “inata”.

Salientou-se também a importância de, principalmente neste momento, encaminhar a discussão de forma profissional, já que a dinâmica de controle está diretamente relacionada com as questões de autoridade, poder, liderança, não existindo uma única

“receita de melhor fazer”, mas há referenciais que podem auxiliar de forma a tornar menos árdua a aprendizagem e constante aprimoramento desta competência, que é inerente ao papel da enfermeira.

- Experimento

Na continuidade, foi apresentado o modo como seria desenvolvido o experimento, que tinha por objetivo proporcionar o exercício de comandar e ser comandado, por meio de três atividades: a técnica do professor-aluno, a da gangorra e a do maestro.

A primeira técnica consistia em uma pessoa assumir o papel de professor e a outra de aluno, quando o professor coloca um dos dedos (como se fosse um giz), diante do nariz do aluno e vai desenhando traços e movimentos no ar, que o aluno vai acompanhando. A forma de desenvolver a técnica era determinada por elas próprias. A atividade foi bem aceita e logo a dupla se formou (Rubi - professor e Esmeralda - aluna).

A segunda técnica consistia em representar o movimento de uma gangorra, onde duas pessoas segurando uma os braços da outra, faziam movimentos de subir e descer, alternando entre si os movimentos, às vezes uma subia e outra descia, ou vice-versa, e, em outros momentos, poderiam ficar no mesmo nível. Neste exercício também se deixou livre a forma de realizar a atividade.

A terceira técnica representava o papel do maestro, na regência de um grupo. Uma pessoa assumiria este papel e o restante do grupo representaria os músicos. Esta técnica tinha como objetivo identificar a forma como as enfermeiras reagem tanto na posição de comando quanto na posição de comandadas.

Após, abriu-se espaço para que o grupo partilhasse suas percepções a respeito do experimento desenvolvido.

- Processamento

Foi retomada a temática, resgatando o experimento como uma maneira de iniciar a pensar sobre a dinâmica de controle, sobre controlar e ser controlado e as influências que um exerce sobre o outro, nessas questões de liderança.

A seguir, deu-se início à apresentação do referencial teórico, ao mesmo tempo em que foi entregue o material de apoio, que continha a caracterização da fase; o problema; a interação; a ansiedade; os comportamentos esperados; conceitos importantes como poder, autoridade, autoritário e liderança; estilos de liderança e conflitos.

O grupo ouviu atentamente toda a exposição do conteúdo, algumas participantes acompanhando no material fornecido, e outras logo começando a expor suas vivências.

Terminada a apresentação do referencial teórico, foi lançada ao grupo a seguinte indagação: como percebem estas questões no dia a dia de vocês? O grupo discutiu muito sobre suas percepções, mas sempre de maneira geral, não individualizando os seus relatos. Naquele momento do encontro, em que já haviam sido realizadas algumas tentativas, sem sucesso, de discutir de forma mais personalizada as questões de controle, optou-se pela objetividade, formulando a questão: vocês se sentem preparadas para exercer o papel de líder de um grupo? Ocorreu um momento de silêncio seguido de risadas, o que demonstrou uma certa ansiedade frente à resposta.

Como, no transcorrer das discussões, surgiram várias propostas para o aprimoramento do processo relacional na instituição, foi sugerido ao grupo que registrasse estas idéias, para que, posteriormente, pudessem ser encaminhadas à direção, de forma a possibilitar melhorias no gerenciamento das relações interpessoais. Esta atividade foi realizada individualmente e apresentada, no último encontro, e são trazidas no Capítulo 8.

- Fechamento/ avaliação do encontro

Na seqüência, encaminhou-se a atividade de colagem, no sentido de representar o cotidiano das enfermeiras trabalhando no comando de suas unidades e como, na prática, desenvolvem os conceitos trabalhados na dinâmica de controle (poder, autoridade, autoritarismo, liderança, conflitos, entre outros). Esta atividade foi realizada em casa e apresentada no encontro seguinte. Foi entregue uma folha em branco com numeração em amarelo, e cada enfermeira escolheu a folha com o mesmo número da colagem anterior. Para fins didáticos e seqüenciais, apesar dessa atividade ter ocorrido no encontro seguinte, é apresentada junto ao encontro respectivo, para melhor compreensão e análise, no Capítulo 6.

Após a entrega das folhas para as colagens, foi iniciado o fechamento do mesmo, solicitando-se uma avaliação, com relação à forma como o referencial teórico foi desenvolvido e ao desempenho da facilitadora. Para isto, foi solicitado que pegassem tiras de papel que estavam no interior de uma caixa e escrevessem nas mesmas (sem que precisassem se identificar) a sua avaliação e as colocassem novamente na caixa. Esta avaliação, extremamente importante para o andamento do processo, também trouxe um “feedback” da atuação da facilitadora na condução dos trabalhos, bem como a confirmação da adequação do método utilizado (Apêndice C).

Após este momento, foi lida uma mensagem denominada “Esconde-Esconde” (Apêndice D), que trata de algumas características dos sentimentos inerentes ao ser humano. Foi finalizado o encontro agradecendo a presença e reafirmando o contrato para o próximo momento.

5.5 Quinto encontro: a dinâmica de ajustamento...

- **Aquecimento temático**

Iniciou-se o encontro com a apresentação e reflexão das colagens sobre a dinâmica de controle, conforme exposto no relato do encontro anterior.

Em seguida, foi realizado novamente com as componentes do grupo o resgate dos encontros anteriores, localizando-as e preparando-as para o momento de refletir acerca da terceira dinâmica das relações grupais, o ajustamento.

- **Experimento**

Na seqüência, como experimento desta dinâmica, foi solicitado que pensassem, no grande grupo, em uma máquina que facilitasse o trabalho humano. Essa máquina seria representada por elas na forma de peças.

Depois que decidiram qual seria a máquina – uma bicicleta – foram orientadas no sentido de que as peças deveriam ter um som, um ritmo e um movimento, que poderiam ser semelhantes ou complementares, conforme elas determinassem. A bicicleta foi

montada e cada componente assumiu sua função: de buzina, rodas, guidão e o assento sustentando o passageiro. Em seguida, solicitou-se que de duas a duas, saíssem da composição da máquina, em princípio mantendo o som, ritmo e movimento e após parando e observando o restante das peças da máquina, voltando em seguida à posição inicial de bicicleta completa. Isto foi feito até que todas tivessem a percepção da totalidade e das partes, para refletirmos posteriormente. Como em todos os experimentos, o clima foi de descontração e alegria.

Com esta concepção, foi iniciado o processo de reflexão, no qual se discutiu como se sentiram quando compondo a máquina e quando se separaram dela, tentando também trazer as reflexões para o dia-a-dia, no processo relacional.

- **Processamento**

No processamento, foi apresentado o referencial teórico da dinâmica de ajustamento, ou seja, a conceituação, a psicodinâmica individual, a rede sociométrica estabelecida a partir das diferenças, a importância de dar e receber “feedback”, concomitantemente com reflexões sobre a percepção desta dinâmica, na prática.

- **Fechamento e avaliação do encontro**

O fechamento do encontro foi encaminhado com o resgate dos principais pontos da dinâmica de ajustamento. Foi solicitado que realizassem em casa as colagens, e as apresentassem no encontro seguinte, juntamente com as sugestões para o aprimoramento das relações no trabalho. As folhas, numeradas em azul, foram distribuídas, seguindo a mesma orientação anterior com relação ao número, para se ter uma seqüência.

Foi realizada a leitura do livro “A Centopéia que Sonhava”, de Hebert de Souza (1999), que enfoca a temática das diferenças, das limitações que temos e a importância das trocas e da ajuda mútua para se atingir os objetivos traçados.

5.6 Sexto encontro: a dinâmica de separação/avaliação...

Este encontro teve como objetivo, além de discutir e refletir acerca da quarta dinâmica do processo relacional, ou seja, a importância de um processo avaliativo contínuo

como forma de sinalizar necessidades ou possibilidades presentes; também objetivava a avaliação e o fechamento deste processo iniciado e vivido por ocasião do trabalho de Mestrado.

- Aquecimento temático e interativo

O encontro foi iniciado com o relato das colagens que representavam a fase de ajustamento. Logo após, deu-se início ao aquecimento temático mostrando que, passada a fase de controle, e, diminuindo, relativamente, a competitividade e os conflitos, embora os mesmos permaneçam e sejam importantes como estimuladores de crescimento e mudanças, há a necessidade de resgatar um ponto importante da dinâmica de ajustamento, discutido no encontro anterior - a identificação e o estabelecimento de estratégias gerenciais com uma certa homogeneidade, para que possa haver, minimamente, uma coerência entre as integrantes do grupo, apesar das diferenças, divergências e dos diversos momentos porque passarão em sua vida profissional.

- Experimento

O experimento planejado para esta etapa consistia em refletir sobre as relações interpessoais e grupais utilizando o livro “A Primavera da Lagarta”, que representa as diversas fases de transformação da borboleta. Tinha-se o objetivo de buscar a compreensão sobre as diferenças comportamentais que influenciam nas relações interpessoais e de como estas também necessitam experienciar um processo evolutivo e sistêmico, atingindo, analogamente ao processo de metamorfose da lagarta (ovo-inclusão, lagarta-controle, casulo-ajustamento e borboleta-separação/avaliação), novas etapas na busca do aprimoramento relacional.

Como este era o último encontro e haveria pouco tempo para tratar de tantos assuntos, optou-se por não realizar o experimento. Analisando, neste momento, percebe-se a lacuna deixada pela não realização do procedimento planejado.

- Processamento

Assim, iniciou-se logo após o aquecimento temático, o referencial teórico da dinâmica de separação/avaliação, entendendo que a discussão já deveria se encaminhar

para um processo de avaliação em nível institucional, o que, na verdade, perpassava muito os encontros anteriores, nos quais já se fazia algumas proposições de situações que necessitavam ser aprimoradas, de forma a estabelecer um processo de trabalho que gere menos ansiedade, forneça a sustentação para as ações a serem desenvolvidas e proporcione maior satisfação às pessoas envolvidas.

Por meio de um cartaz contendo os problemas, as interações, as ansiedades e os comportamentos de cada dinâmica, tentou-se realizar um “passeio no imaginário”, buscando caracterizações importantes de cada fase, concluindo com a dinâmica de separação/avaliação como avaliação do processo vivido por essas enfermeiras no processo de relações estabelecidas como líderes de suas equipes, e, desta forma, a avaliação realizada neste nível, bem como a avaliação das relações institucionais com os níveis hierárquicos superiores.

Ressaltou-se, também, a importância de, nesse momento, estabelecer a separação como grupo, bem como realizar uma avaliação deste processo.

O encontro centrou-se no processo de avaliação e foi um dos mais participativos. O grupo mostrava-se absorvido pela temática e algumas ações planejadas não foram desenvolvidas, ou foram desenvolvidas de forma diferente.

Após o término da apresentação do referencial, as componentes do grupo foram questionadas sobre como percebiam essas questões no cotidiano de trabalho, na tentativa de poder explicitar um pouco mais a realidade vivenciada por elas.

Neste encontro, foram explicitadas as sugestões para o aprimoramento das relações de trabalho na Instituição, conforme combinado em encontro anterior. Em função de o processo de reflexão ter se estendido além do planejado, não foi realizada a atividade de colagem da última dinâmica, não havendo, por isso, uma continuidade da análise das outras colagens.

Após este momento, em que o grupo discutiu e fez sugestões nas mais variadas esferas institucionais, foi reforçado o compromisso de sigilo com relação as suas identidades e com a fidedignidade dos dados.

- Fechamento, avaliação do encontro e separação do grupo

O fechamento do encontro e finalização da proposta foram encaminhados a partir da retomada do objetivo proposto, que era o de apresentar um referencial teórico e desenvolver um processo de reflexão acerca da dinâmica das relações grupais com as enfermeiras-chefes de unidades de internação e unidades especiais, como forma de, ao mesmo tempo em que se aprimorasse o conhecimento, se visualizassem novos caminhos, novas formas de ser e de fazer o trabalho em enfermagem.

Foi solicitado que todas se levantassem, e, em círculo, imaginassem, em suas mãos, uma bola fictícia, que poderia ter cor, consistência, peso e tamanho, conforme o critério e imaginação de cada uma, verbalizando o que estariam levando consigo e que quisessem compartilhar com o grupo ou com alguém do grupo. As falas retratam o envolvimento com a proposta e com os outros integrantes do grupo:

eu imagino uma bola de cristal bem azul, que demonstra a diferença, a capacidade que a gente tem e que a gente pode melhorar. Eu quero jogar esta bola para a Ágata, que está começando uma nova caminhada e a gente tem esperança em ti, Ágata (Ametista);

a minha bola é de esperança e eu vou jogar esta bola de esperança para todos nós, para que a gente consiga alguma maneira, seja criativo e consiga transformar todas estas coisas em realidade (Safira);

eu imaginei uma bola bem grande de calma e tranquilidade. Ela é enorme e desejo para Rubi (Topázio);

eu pensei numa bola de participação e jogo para todo o grupo. É a primeira vez que participo de um trabalho assim e acho que aprendi bastante, muita coisa me enriqueceu e espero poder passar para o grupo (Rubi);

a minha bola é de energia, vermelha e vou jogar ela para cima e vai irradiar para todo o grupo (Diamante);

eu imaginei uma bola de admiração, pois eu fiquei assim, com uma admiração muito grande pela Janete, eu não te conhecia até então o tanto que eu conheço agora e quero que tudo isso que a gente fez aqui, tu leves e seja muito bom no teu novo ambiente de trabalho e a admiração por ti aumentou muito mais ainda (Esmeralda);

a minha bola é de algodão e quando abre ela fica leve, como estou me sentindo. Quero jogar para Topázio, por quem eu tenho um carinho especial e para todas vocês (Ágata);

a minha bola não tem tamanho, é enorme e eu jogo para todo o grupo. Ela representa a força necessária para a continuidade deste processo iniciado com este trabalho. Também representa o meu agradecimento por ter tido a oportunidade de desenvolver este trabalho que nos trouxe imensas reflexões sobre nossa atuação como enfermeiras gerenciadoras do processo de trabalho e, portanto, das relações desenvolvidas no seu interior (Janete).

Para finalizar, solicitou-se que fizessem uma roda e escutassem a música “Princípio do prazer”, cantada por Elba Ramalho, Zé Ramalho e Geraldo Azevedo, com o objetivo de resgatar que o mais importante e “fundamental é ser feliz”, com tudo o que a vida nos oferece, buscando sempre viver e aprender a trabalhar melhor. O grupo dançou e cantou de forma descontraída, e, ao final, bateu palmas.

Foi entregue um instrumento de avaliação (Apêndice E), contendo perguntas abertas, que deveria ser preenchido e entregue posteriormente. O objetivo era formalizar o processo de avaliação como um todo, tanto do conteúdo como do “modo de realizar” os encontros vivenciais.

Neste sentido, as respostas obtidas com o auxílio do instrumento de avaliação retratam o momento experienciado por ocasião do estudo realizado, assim como foi sintetizado a seguir, a partir dos instrumentos.

A experiência vivenciada pelas enfermeiras representou uma possibilidade de aprimoramento das relações no interior do processo de trabalho, porque ajudou a refletir sobre o cotidiano de trabalho e a vislumbrar possibilidades de melhoria das relações; oportunizou a reflexão de atitudes individuais e a compreensão das relações e tornou transparente a necessidade de trabalhar em sintonia com o grupo.

As expectativas com relação a esta prática foram superadas, para algumas enfermeiras e atendidas plenamente, para outras, pois proporcionou reflexão e visualização de soluções; discutiu novas maneiras e métodos para trabalhar as relações entre o grupo; bem como foi em encontro com a prática de atuação.

Quanto aos aspectos insatisfatórios da prática realizada foram elencadas o pouco tempo de desenvolvimento da prática, impedindo que os assuntos fossem mais explorados

e a pouca participação das colegas enfermeiras-chefes. Uma enfermeira relatou não ter encontrado nenhum aspecto insatisfatório.

Referente aos elementos de satisfação com a prática estão a metodologia utilizada; o convívio com os colegas; a integração do grupo; o conhecimento e a reflexão de conceitos importantes; a liberdade de expressão; a oportunidade de dividir angústias e ansiedades do convívio hospitalar e dos cargos de chefia; as dinâmicas escolhidas; a troca de idéias; a discussão sobre tipos e estilos de liderança; a procura de novas maneiras de conduzir o grupo, abordar os conflitos e melhorar as relações interpessoais.

As aprendizagens mais significativas escolhidas pelo grupo foram o Conhecimento da Teoria Sócio-Humanista e do Processo Evolutivo das Relações Interpessoais de uma maneira lúdica; a integração com as demais colegas; a dinâmica de inclusão, pois deste processo depende o ajustamento (em muitos casos) e conseqüentemente a satisfação profissional, influenciando inclusive na capacidade produtiva de muitos profissionais; o conhecer sistematizado das necessidades interpessoais (de inclusão, controle, ajustamento e avaliação-separação) e as colagens que fizeram refletir sobre todo o processo.

Ainda foram colocadas algumas observações, por algumas integrantes, com relação ao embasamento teórico profundo e o carinho e dedicação com que a facilitadora desenvolveu as atividades, agradecimentos pela oportunidade de participar desta caminhada e desejos de sucesso no desenvolver deste trabalho.

6 AS CONVERGÊNCIAS ENCONTRADAS NAS DUAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS

Este capítulo pode ser considerado a parte central desta Dissertação, no qual serão apresentadas as convergências referentes à dinâmica das relações grupais e interpessoais no desenvolvimento do processo de trabalho de enfermeiras, encontradas nos relatórios do Programa “Vivendo e Trabalhando Melhor: uma proposta de reflexão e atualização das relações na enfermagem do Hospital 2” e nos encontros realizados junto às enfermeiras do Hospital 1.

Os dados encontrados, tanto no primeiro como no segundo momento deste estudo, conforme descritos no percurso metodológico, serão apresentados e analisados segundo a dinâmica das relações grupais, para que se possa, coerentemente, refletir acerca de processo tão complexo, e, ao mesmo tempo, mostrar que é possível construir novas bases para as relações no trabalho, a partir de referenciais que profissionalizem a práxis, contribuindo, desta forma, para o terceiro objetivo específico deste estudo.

Com relação à forma de apresentação, é necessário acrescentar ainda que quando houver a identificação de falas por meio de nomes de pedras, refere-se sempre ao Hospital 1; nas demais situações, proceder-se-á de forma a identificar cada Instituição.

6.1 Dinâmica de inclusão... ou de exclusão?

No processo de trabalho em enfermagem, principalmente a organização do trabalho, a enfermeira tem um papel de suma importância, não só no gerenciamento da assistência, mas também dos recursos materiais e estruturais, bem como, e principalmente, das relações que se estabelecem no cotidiano de trabalho da enfermagem, ou seja, no gerenciamento das relações com a equipe de enfermagem, com os demais profissionais da área da Saúde, com as gerências setoriais e com os serviços de apoio, entre tantos outros.

Neste sentido, a inclusão dos profissionais na equipe de trabalho é ponto fundamental no desenvolvimento do processo de trabalho de qualquer profissional da área da Saúde, em especial para este estudo, o profissional da enfermagem, como poderá ser observado e compreendido no decorrer desta análise.

É perfeitamente possível afirmar que não existia, pelo menos até o momento em que foi realizado este estudo, nas instituições em questão, atividades que contemplassem as necessidades prementes dos profissionais por ocasião da inclusão, seja de novos admitidos ou de profissionais transferidos de setor, na mesma instituição. Isto fica claro na afirmação de Diamante:

a minha inclusão foi dramática, não quero nem lembrar!

Também transparece no experimento realizado, a dramatização de uma situação de recepção a uma enfermeira nova na equipe de trabalho, baseada em suas próprias vivências como enfermeiras que, em algum momento, foram recebidas em um grupo novo de trabalho, mas também receberam novos integrantes no seu grupo, que esta etapa das relações interpessoais no trabalho é deficiente e geradora de muitos dos conflitos e traumas existentes no processo de trabalho em enfermagem.

A encenação trouxe a realidade da inclusão das profissionais da enfermagem, na qual, apesar de haver um certo “aumento”, por ser uma dramatização, não se consideram as preferências, as experiências anteriores e as próprias dificuldades da profissional que está se incluindo no ambiente de trabalho. Maximizam-se, sim, as necessidades da instituição, como pode ser percebido na fala:

muito bem, nós temos uma vaga no CTI, no turno da manhã. Tu tens algum problema de trabalhar no CTI? (Enfermeira-Coordenadora – personagem).

É evidente, também, o autoritarismo manifestado por quem tem domínio sobre a contratação, na forma da imposição do local de trabalho, e, por outro lado, a postura conformada de quem precisa assumir, mesmo ciente de suas limitações.

Outro aspecto a considerar é a postura da enfermeira que recebe o novo profissional. Ao mesmo tempo em que se disponibiliza a intermediar a adaptação ao local e às rotinas, deixa clara a necessidade de competência técnica:

precisamos de pessoas que tenham bastante habilidade (Enfermeira-Chefe – personagem).

Na análise do segundo hospital, também aparece esta questão em que

quando o novo integrante é “jogado” no serviço, existe um reforço da polarização da identidade da enfermagem como profissionais “que cuidam de outras pessoas”, negando-se a retroação dessa função, que significaria reconhecer as necessidades que esses mesmos profissionais têm também “de serem cuidados”, de “receberem cuidados”(LEITE e FERREIRA, 1997 a, p. 39).

A falta de formalização do processo de inclusão, em que o novo trabalhador é introduzido diretamente no setor de trabalho, sem prévio conhecimento da filosofia de trabalho da instituição, da estrutura geral, da hierarquia, entre outros, além de não considerar as angústias e ansiedade provocadas por este momento, retrata o principal objetivo desse momento que é a introdução de um profissional que assuma as responsabilidades de seu cargo, independente de seu preparo técnico ou emocional. Isto fica evidente na fala das personagens:

quando começo? (Enfermeira que se incluía - personagem)

hoje mesmo, agora, a gente não pode perder tempo, a falta de pessoal é grande e com relação ao horário de trabalho é de manhã, mas quando precisar, de tarde ou de noite, nós não temos horário fixo aqui (Enfermeira-Chefe – personagem).

Outro ingrediente importante, sinalizado pela dramatização, é a resistência a mudanças sugeridas pelo profissional que chega. No processo de dramatização, essas

mudanças provocaram no grupo que incluía técnicos e auxiliares de enfermagem, um movimento de resistência, de pessimismo e de conformidade com a situação atual, mesmo que esta realidade não seja tão adequada, como por exemplo:

aqui tudo sempre funcionou bem assim. Está tudo bem assim (Técnica de enfermagem – personagem);

a gente sempre passando trabalho, não tem como fazer, acho que não dá certo (Auxiliar de enfermagem – personagem).

Outro aspecto importante é a postura de “salvadora”, assumida pela pessoa que se inclui, como se detivesse o poder de mudar a situação, ou ao contrário, de “vítima”, na posição de oprimida e maltratada pelo grupo:

e agora, o que é que eu faço? Será que eu continuo batalhando por um ideal, de fazer reuniões, mudanças para objetivar que haja trocas na equipe, para que em conjunto se cresça profissionalmente e que se faça uma assistência com qualidade ao paciente? (Enfermeira que se incluía – personagem).

É necessário que tanto quem se inclui como quem recebe, tenha a percepção de que nada é imediato, que tudo passa por um processo de integração de ambos; processo este, evolutivo, ao qual é preciso adicionar uma certa dose de equilíbrio entre as necessidades do grupo, da instituição e da pessoa incluída.

É importante também pensar na responsabilidade dos cursos de Graduação, na representação de docentes e discentes, em favorecer um aprofundamento da questão relacional como um dos papéis da enfermeira como líder de uma equipe de trabalho, e, desta forma, gerente, não só de recursos materiais e estruturais, mas de pessoas, o que exige um conhecimento adequado, não priorizado durante a formação, e, também posteriormente, como profissional.

A posição de “manipulação” exercida pelas auxiliares e técnicas de enfermagem (não pelas enfermeiras!), frente a possíveis mudanças, também foi sinalizada na dramatização:

vocês viram a enfermeira nova? Ela vai se apresentar. Se preparem! Já vem com aquelas coisas novas de trabalhar em hospital particular, sabe como é que é? Não quer que a gente pare nunca. Já falou até em mudança de horário (...), já pensou? Então nós temos que nos organizar

não “mostrar muito os dentes”, porque senão, vocês já viram, toma conta (...). Eu acho que a gente tem que estar unidas, fazer o nosso serviço, como a gente está acostumada a fazer e qualquer coisa a gente vai direto à chefe, que é a que manda.(...) (Técnica de enfermagem – personagem).

Este aspecto também está presente no relatório do VTM (LEITE e FERREIRA, 1997a, p. 39), em que nessas situações de acolhimento de novos profissionais, emergem “tensões e competições” que existem entre as integrantes das diferentes categorias de enfermagem, gerando posicionamentos que se projetam ou se direcionam à nova integrante, exigindo-lhe um “verdadeiro ritual de iniciação para inserção no grupo”.

Independente do cargo ocupado na instituição, cada pessoa exerce algum tipo de poder sobre as demais. Se não for bem conduzido, este poder cria uma série de dificuldades nos relacionamentos de trabalho, gerando intrigas e posições “cristalizadas”. Na inclusão, preconceitos, inflexibilidade ou mesmo intrigas desnecessárias, muitas vezes acabam por precipitar a exclusão da nova integrante, negando outras oportunidades ou possibilidades de mudança, uma vez que a vida é um processo em contínuo movimento.

Percebe-se nas dramatizações uma certa proteção à colega enfermeira, retratando uma situação já colocada por Leite e Ferreira (2000, p.65), a qual expressa “um certo ‘corporativismo’ e ‘cumplicidade’ da categoria, que não se ataca entre si, dirigindo suas críticas sempre ao ‘outro extremo’(...)”.

Na realidade é isso o que acontece, pode não ser tanto quanto se tentou passar, mas é realmente o que acontece. De enfermeiro para enfermeiro eu acho que não tem, mas de auxiliar (...) e técnicos é bem assim, já vem aqui querendo mudar, não sabem nada e já querem inventar moda (Rubi).

Eu acho que existe uma expectativa muito grande por parte do grupo, principalmente para o pessoal técnico e auxiliar de enfermagem, em relação à pessoa que vai coordenar o grupo (Água Marinha).

Esta situação está presente também no Hospital 2 e é descrita como um “jogo de concorrência entre os diversos níveis hierárquicos, calcados, sobretudo, na valorização diferenciada entre o conhecimento teórico (do qual a enfermeira é portadora e representante) e a prática (elemento de identidade das técnicas e auxiliares)” (LEITE e FERREIRA, 1997 a, p. 27).

Já Ametista e Pérola, respectivamente, apontam para uma posição de maior flexibilidade e compreensão, pois este é um momento de muita ansiedade, não somente para a pessoa que se incluía no grupo, mas para toda a equipe que a recebia, pois ao mesmo tempo em que a enfermeira que se inclui questiona-se de várias formas, como referendam Leite e Ferreira (2000, pg.31), “o que devo fazer para me relacionar com essa pessoa? Quanto de minha energia investirei nesta relação? Em que nível irei me comprometer com este grupo? Quero estar dentro ou fora desta situação? (...)”, o grupo que a recepciona também se questiona da mesma forma, direcionando-se para as suas expectativas e necessidades:

a ansiedade está presente, tanto na pessoa que está chegando, como no grupo que está recebendo esta pessoa, pois esta se coloca com sua individualidade, a maneira de trabalhar diferente. O primeiro momento é muito difícil;

e questão de coleguismo. Tem que dar um tempo para a pessoa se adaptar (...), para que a pessoa não sofra com situações que vão desgastar a imagem dela. Então, realmente, a gente tem que se unir com aquela pessoa.

Um componente também importante que determina alguns direcionamentos e posturas na recepção da nova integrante é a ameaça. Ameaça de perder o espaço, a significação para o grupo, o prestígio, o poder, como se isto fosse um jogo, uma disputa pelo melhor lugar, melhor papel, uma disputa solitária, mas sempre buscando aliados, como retrata Diamante:

mas eu acho que muitas vezes acontece da enfermeira se unir com o grupo e não recebe bem a outra colega, porque é uma competição, ela pode tomar o meu lugar,

então, se a pessoa é competente, pode ser vista como uma ameaça à manutenção de seu poder no local de trabalho e sobre o grupo.

Este posicionamento da equipe também é evidenciado no relatório do VTM (LEITE e FERREIRA, 1997 a, p. 28) em que “a atitude dos demais membros da equipe para com a enfermeira novata parece ter sido ‘autorizada’ pela chefia, na medida em que, não tomando nenhum cuidado para sua inserção na equipe, deixou-a entregue a um ‘jogo’(...)”.

Discutiu-se no grupo a inclusão do líder, ocasião em que há uma grande expectativa sobre a sua forma de atuar e sobre as possíveis mudanças que poderão acontecer. Já na recepção de outros membros, é função do líder coordenar ações que possibilitem sua inclusão mais efetiva ao grupo, observando as “fronteiras sistêmicas” (LEITE e FERREIRA, 1997b), em que estão presentes adversidades individuais e a complexidade do processo relacional, que deve ser visualizado no contexto do grupo e do momento.

Na prática, as coisas se complicam, pois, muitas vezes, a postura foge dos limites profissionais, introduzindo ações que mobilizam o grupo a excluir a nova integrante, como fala Rubi:

quando a gente chega em um local novo, o enfermeiro ou auxiliar ou técnico, sempre tem alguém para colocar que a conhece de outro lugar ou outro setor, mas sempre o que tem de negativo, sempre o que aparece primeiro é “ela é mandona”, “ela é isso”, “ela é aquilo”, já vem com “rótulo”. Ou se ela tem uma Especialização, Mestrado ou Doutorado, ao invés de dizer “que bom, vai ensinar coisas novas”, diz “já vem se enchendo de grau”. Isso a gente ouve.

Outro aspecto importante foi trazido por Pérola, sobre as transferências de setor:

o funcionário, fora o enfermeiro, quase sempre vem para a tua unidade porque deu problema na outra, (...), é difícil vir porque é “prêmio”. Então, na transferência, é difícil te passarem coisas boas daquele funcionário, passam todos os problemas que ele teve. E o grupo já fica sabendo, gerando mais preconceitos (...). E isso acontece porque aqui não tem rodízio, então a pessoa que troca de local é porque tem problema.

Apesar da referência de isto não acontecer com a enfermeira, a presença de preconceitos com a pessoa que chega, inibe as possibilidades de uma boa integração, como diz Rubi:

de repente, naquele setor, ele daria certo.

A profissional que chega é testada em seu conhecimento e prática, expondo-a a um jogo e a um considerável constrangimento, em que muitas vezes está só, optando então por ficar fora, no sentido de não se comprometer com a proposta de trabalho, mesmo permanecendo no grupo, o que impede o seu aprimoramento, do grupo e do trabalho prestado ao sujeito do cuidado:

o recém chegado é muitas vezes cobrado por coisas tão pequenas pelo grupo, como local das coisas, rotinas. Parece uma forma de atormentar (...), não há um tempo para ele se adaptar ao meio (Ágata);

eles querem testar a enfermeira, só pra ver se ela sabe, como é que ela vai se sair de tal situação. Foi bem fácil para a gente chegar a essa caracterização (Diamante).

Fica evidente no relatório do VTM esta mesma situação, o que, segundo Leite e Ferreira (1997a, p. 40), evidencia os mitos organizacionais do campo profissional que configuram a atual identidade profissional, ou seja,

a própria equipe reproduz com seus testes, as mesmas exigências sócio-culturais de reafirmação da legitimidade profissional da enfermagem(...): Competência (teste do conhecimento e da formação acadêmica), abnegação (teste da ‘dedicação angelical’⁷), precisão e eficiência (teste do desempenho preciso) e, urgência de decisão (teste da ‘agilidade para fazer’).

Segundo Schutz (1989), o comportamento assumido pela nova integrante é determinado principalmente pelo auto-conceito que a mesma tem, o qual pode ser extremado e marcado pela ansiedade (subsociedade ou ultra-sociedade), ou pode sentir-se bem em qualquer posição (social). Sabendo disto, é função da gerente tentar identificá-lo, de forma a interagir com o grupo e com a pessoa, facilitando a sua integração e inibindo posições prejudiciais ao processo relacional.

O preparo para desenvolver o papel gerencial e a disposição da enfermeira para assumi-lo, esteve sempre presente nas discussões realizadas com o grupo. A reflexão de Ametista a este respeito retrata o dilema:

tu já pensaste que a gente entra na instituição extremamente despreparada, de repente a gente se vê no cargo de chefia, pois não tinha outra solução, numa unidade completamente desequilibrada e que tu tens que assumir? Porque a gente não é preparada para isto. Na nossa formação, a gente tem aquela questão da liderança, gerenciamento, mas é muito diferente. E aí tem as características individuais, de repente a minha ambição ou o fato de nem querer estar ali ou estar ali porque o momento é esse. É complicado. Acho que todos nós passamos este processo, às vezes até inconscientemente, tomamos caminhos

⁷ A caracterização da Enfermagem como “anjo” (símbolo do processo de idealização do campo profissional da Enfermagem) está presente nas análises realizadas por Leite e Ferreira (1996), cuja representação passa a ser denominada como “anjo cansado”, associando-o à expressão do desgaste físico, mental e emocional. Esta caracterização, que tem suas origens no passado histórico e social da profissão, já é criticada pelos próprios profissionais.

inconscientemente, não em função de estratégias, de ter feito um planejamento. Então a gente vai pisando, vê que não dá, recua.

Este pensamento é reforçado por Rubi:

é para colaboração também, porque eu estou de chefe porque não tinha mesmo quem quisesse (...). Acho que tem aquelas pessoas que nascem, já têm aquela liderança. São líderes inatos e têm os que são colocados. É o meu caso, eu acho que não tenho esta capacidade, essa liderança para ser chefe, pois eu nunca quis, mas para colaborar a gente acaba indo. E sem experiência fica difícil.

A discussão sobre o papel da Graduação, como formadora de profissionais com características eminentemente gerenciais, já foi abordado em outros momentos, mas permanece sendo questionado, ao mesmo tempo em que se salienta a importância de buscarmos este aprofundamento no campo relacional como profissionais comprometidas com a função gerencial. O grupo discute que a graduação ainda tem a filosofia de “tutorear”, de ser “mãe”, de ajudar; o que é respondido por Ágata, quando diz que

é por isso é que a gente sofre um certo impacto no sétimo semestre, porque é onde se dá esta autonomia, a gente vira enfermeira e tem que se posicionar como enfermeira, já existe uma cobrança diferente, sem o professor do teu lado no dia-a-dia.

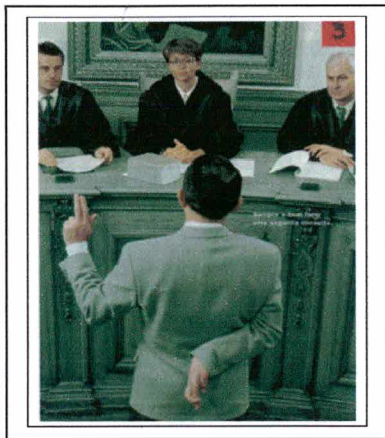
O fato de, no currículo de enfermagem, haver uma grande separação nas ações desenvolvidas pelo acadêmico de enfermagem, no que diz respeito a teoria e prática do cuidado direto a pacientes e do gerenciamento⁸ como um todo, acaba causando sobrecarga ao aluno no final do curso. Ou seja, geralmente a partir do sétimo ou oitavo semestre do curso de graduação é que se inicia a abordagem de aspectos gerenciais da assistência, provocando, provavelmente, o impacto referido por Ágata. Impacto esse, gerado principalmente pela necessidade de, de repente, ter que desenvolver autonomia e postura gerencial, até então minimizada por ele e por seus professores.

Por meio das colagens realizadas pelas enfermeiras do primeiro hospital sobre a dinâmica de inclusão, foi possível ultrapassar a dificuldade das mesmas em expressar a vivência individual frente à temática em questão, levando-a quase sempre ao plano coletivo ou institucional, ou seja, externa a elas. Desta forma, expõe-se algumas delas,

⁸ Utiliza-se neste momento separado o enfoque cuidado direto e gerenciamento, pois, no decorrer do curso, o aluno assume geralmente um, dois ou três pacientes, aos quais presta cuidados integrais, não tendo como enfoque, a forma mais ampla em que o cenário do cuidado se estabelece.

tentando integrar a expressão oral (o relato verbal das enfermeiras) à expressão simbólica, traduzida pelas imagens das colagens.

O momento de inclusão pode ser vivenciado como uma etapa da vida em que se está posto “à prova”, com muitas pessoas detendo o poder de julgar a adequação ou não àquela posição assumida. É um momento solitário, em que se busca ganhar algum espaço e confiança, ao mesmo tempo em que se estabelece uma luta para vencer as dificuldades teóricas e técnicas exigidas pelo processo de trabalho. Rubi traduz este momento como um julgamento:



então nós tivemos uma reunião e a chefe da unidade perguntou para todo mundo que estava presente, o que é que achavam de mim como enfermeira. Essa é uma coisa que me marcou, eu me senti em julgamento. Vendo essa figura é bem o que me marcou. Mas isso passou, não guardo nada, mas foi o pior momento de quando iniciei como enfermeira.

Figura 4 – Colagem Dinâmica de Inclusão

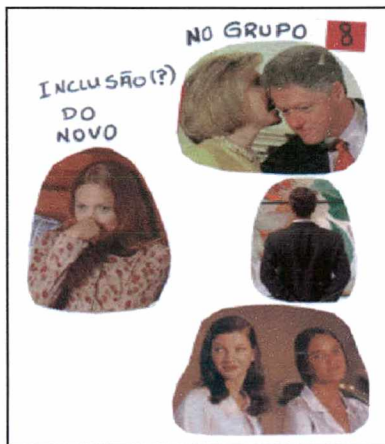
A inclusão também pode ser visualizada como um momento em que se é abandonada, em que se fica à deriva frente a todo um processo de trabalho sobre o qual não se tem domínio, e, ao mesmo tempo, não se tem respaldo e sustentação das pessoas já incluídas. Pérola caracteriza este período como um “vendaval”:



a coordenadora me mostrou a unidade e foi embora. Primeiro dia fiquei sozinha. Olha, eu passei maus bocados, lá.

Figura 5 – Colagem Dinâmica de Inclusão

As forças restritivas que podem dificultar a inclusão são expressas na falta de apoio e sustentação das colegas e das gerentes frente a este momento. Esmeralda relata e representa, através da figura 5, o sentimento de abandono e de não ser aceita pelo grupo de trabalho:



eu me senti imensamente triste, porque vim de um lugar em que eu era muito querida e me largaram em uma unidade que eu não fui incluída, me largaram ali para trabalhar. Muitas pessoas com indiferença, tu vias assim, aquelas coisas que marcaram realmente, os ti-ti-ti e te olhavam. As pessoas, umas olhando, outras de costas, como se eu não existisse, passavam o plantão para outra e pra mim assim, era como se eu não estivesse ali. Não me dirigiam a palavra. Então, foi bastante ruim. Agora, graças a Deus, está muito bom. Têm também muitas pessoas boas aqui no meio, que me ajudaram, principalmente auxiliares, não foram as enfermeiras. Foi assim, não foi um bom momento, não foi uma boa inclusão. Foi uma exclusão.

Figura 6 – Colagem Dinâmica de Inclusão

Há momentos em que a inclusão torna-se impossível, quando se espera que a pessoa assuma um papel que não é aceito pelas demais integrantes da instituição. Esta inclusão pode ser traumática, trazendo conseqüências para a profissional e para o trabalho. As imagens da colagem trazida por Diamante (figura 7), na forma de “mantenha a distância” (pela posição das mãos), de não conseguir desenvolver um trabalho (idealizado), representado pelas amarras e pelo relógio (no sentido de estar sempre correndo contra o tempo), é referida na fala:



então estas mãos representam o rechaço cada vez que eu chegava na unidade, cada vez que eu tentava começar um trabalho. Eu não fui suportando, me sentia amarrada. O relógio demonstra a ansiedade que eu tinha durante todo esse tempo, aquela coisa assim, correndo atrás do tempo e não conseguindo fazer. Fiz algumas coisas, mas para mim não foi satisfatório, foi muito ruim.

Figura 7 – Colagem Dinâmica de Inclusão

Ágata traz, na figura 8 e 9, a necessidade de ter um objetivo, *um oeste*. Retrata também as dificuldades da inclusão, no sentido de ser aceita e reconhecida pelo grupo, mas também vista como um momento de trocas. Coloca-se como uma borboleta que, aos poucos, foi *semeando e sugando*, num processo de aprendizado.

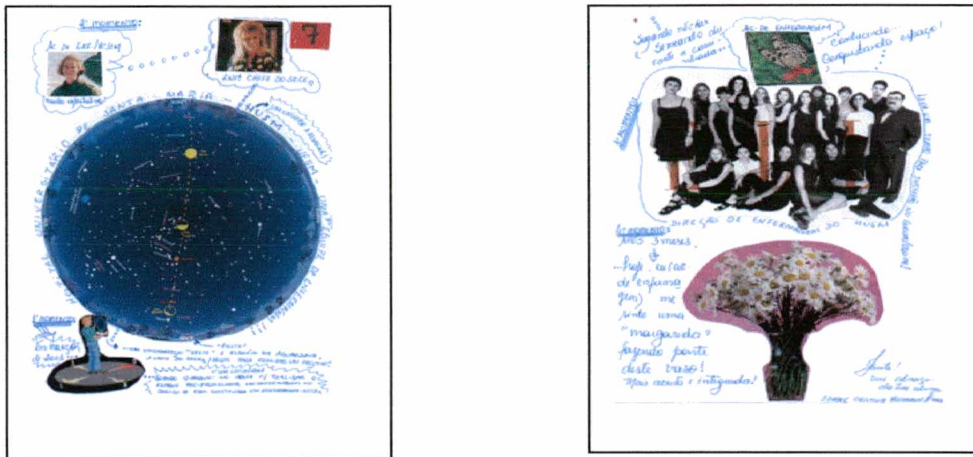


Figura 8 Colagem Dinâmica de Inclusão/**Figura 9** Colagem Dinâmica de Inclusão

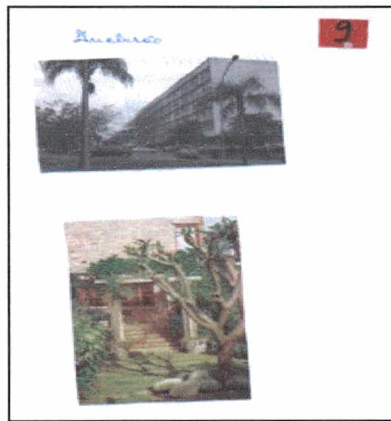
A figura 10, trazida por Safira, retrata as interrogações *pra onde ir? E onde chegar?* Também os medos, como por exemplo, o medo de perder a referência profissional (relações com o trabalho anterior). Encara o processo como mudança, como *trabalho duro*, em que é necessário *conquistar espaço* e encontrar *aliados*.



Figura 10 – Colagem Dinâmica de Inclusão

A figura 11 retrata a existência de uma história institucional anterior a sua inclusão, trazendo a compreensão de que, independentemente das intenções, por ocasião da inclusão,

também é importante considerar a trajetória percorrida pelas profissionais ali inseridas, e, propor, com calma, possíveis mudanças, como é retratado por Topázio:



via o Hospital Universitário como uma coisa grande, grandiosa, assim, poderosa, o todo poderoso da cidade. Quando cheguei, tinha uma trilha já traçada, eu não optei, já estava traçada, tinha umas pedras muito grandes (risadas), nas quais eu tropeçava e caía e levantava.

Figura 11 – Colagem Dinâmica de Inclusão

As dificuldades, a ansiedade e a solidão são trazidas por Ametista (figura 12) como um redescobrimto, *descobrimto potencialidades e isto implica desenvolvimento*, sendo associado à conquista do grupo e do trabalho em equipe.

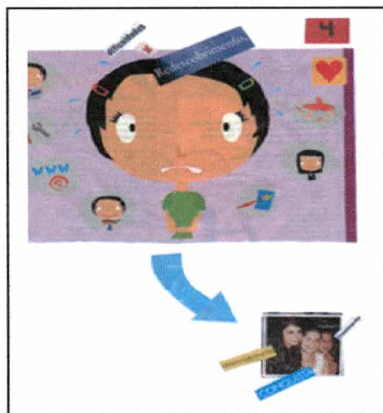


Figura 12 – Colagem Dinâmica de Inclusão

Ao que parece, as “lembranças” da inclusão das enfermeiras do Hospital 1, bem como os dados encontrados nos relatórios do Programa VTM, demonstram uma inadequação do processo de integração dessas trabalhadoras à instituição como um todo, o que sinaliza algumas dificuldades no processo relacional, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de se iniciar um programa de educação no trabalho ou em serviço, que

supra ou minimize todo o sofrimento gerado, justamente no início da vida profissional das enfermeiras dessas instituições, podendo deixar “seqüelas”, às vezes, definitivas.

6.2 Dinâmica de controle... dificuldades no exercício da autoridade gerencial

As questões tangenciais à dinâmica de controle, tão intensamente ligadas ao gerenciamento, apontaram e revelaram muitas dificuldades no processo relacional dos grupos estudados, demonstradas principalmente nos momentos em que eram realizadas as atividades vivenciais.

Como essa dinâmica está diretamente relacionada às questões de autoridade, poder, liderança, não existindo uma única “receita de melhor fazer”, torna-se necessário refletir à luz de referenciais que possam auxiliar de forma a tornar menos árdua a aprendizagem e o constante aprimoramento, no exercício do gerenciamento.

No experimento desta dinâmica realizado com as enfermeiras do Hospital 1, que tinha por objetivo proporcionar o exercício de comandar e ser comandado, por meio de três atividades: a técnica do professor-aluno, a da gangorra e a do maestro, transparece, em muitos momentos, a dificuldade em delimitar os papéis assumidos. Isto fica evidenciado, na primeira atividade, pelo fato de a professora acompanhar o ritmo da aluna, e não o contrário, denotando a dificuldade de exercitar o comando.

A dificuldade em delimitar o papel assumido também está presente no Hospital 2, no qual

depoimentos freqüentes do grupo demonstram uma necessidade de maior definição do papel do enfermeiro, aspecto que implica diretamente numa melhor delimitação de suas funções, bem como do seu campo de atuação, além das relações de liderança e exercício de poder (LEITE e FERREIRA, 1996, p. 24).

Este mesmo aspecto é referendado ainda por estes autores, no trabalho realizado junto ao corpo gerencial da enfermagem do Hospital 2 (1997a), onde as maiores fragilidades das gerentes residiam justamente na dinâmica de controle, em função do preconceito em relação ao exercício da autoridade, muitas vezes confundida com autoritarismo.

Após a segunda técnica, que consistia em representar o movimento de uma gangorra, na qual duas pessoas segurando uma os braços da outra, faziam movimentos de subir e descer, alternando entre si os movimentos, Safira, fazendo uma comparação desta técnica com a anterior diz que

na técnica do professor-aluno a forma de comandar é de imposição. Na técnica da gangorra é diferente o sentimento, porque a gente estava ali, junto. Então em um ela estava comandando e em outro momento estava eu. Então tinha um equilíbrio.

Na fala de Safira é possível perceber uma certa desaprovação quanto ao sentido observado na técnica do professor-aluno, que lhe pareceu ser de imposição de uma vontade sobre a outra. Por outro lado, a técnica da gangorra lhe é mais adequada, pois existe uma troca de papéis, com decisões conjuntas, denotando um certo equilíbrio.

É importante sinalizar, que apesar de ser mais adequada, na tomada de decisão, a busca por decisões conjuntas, levando em conta a opinião de todas as integrantes do grupo, a gerente, em muitas situações, tem que decidir sozinha e isto também faz parte de sua função.

Com o exposto acima, não se defende o gerenciamento clássico, descrito por Chiavenato (1998, p. 268), como uma cadeia vertical de comando que “desloca todas as decisões ao longo da hierarquia, sobrecarregando a cúpula da organização e retirando das pessoas toda possibilidade de escolha e decisões”. O que se aponta é que apesar de a enfermagem seguir um modelo de divisão do trabalho de forma vertical e hierarquizada, nos moldes militar e religioso (herança da época anterior a sua institucionalização), e, posteriormente, no modelo preconizado por Taylor, cujo poder é centrado no “supervisor”, no nosso caso, a enfermeira, atualmente, por conta de toda a trajetória histórica da profissão, apresenta uma resistência em assumir posturas mais incisivas, ou seja, exercitar o papel de autoridade na equipe de trabalho.

Pode-se ainda acrescentar a esta análise o fato de que, nos últimos tempos, tem ocorrido alguns indícios de mudanças de atitude, talvez por influência de novos modelos gerenciais, que enfatizam a participação do grupo de trabalho nas decisões. Mesmo assim, cabe salientar o papel da gerente no comando do grupo de trabalho.

A terceira técnica representava o papel do maestro na regência de um grupo. Nessa, o maestro utilizou o comando verbal na solicitação de exercícios físicos e o comando foi realizado a partir de uma postura “modelo” (“eu faço e vocês me imitam”), que o grupo, inicialmente, acompanhava, sem contestações. Após algum tempo, fazendo os exercícios, o grupo começou a argumentar:

maestro, tem que cantar!

mão na cintura!

sendo logo contestada pelo maestro, que disse: *já estás querendo me tirar do controle, é?*

Assim que a atividade foi encerrada, alguém começou a cantar o Hino Nacional, o que pareceu uma forma de protesto ao tipo de atividade imposta pelo maestro. Pérola diz:

vocês estavam pensando que iam cantar o Hino? É um maestro diferente.

É importante pontuar que, se por um lado, há dificuldades no exercício da autoridade, por outro, quando se exerce esta prerrogativa, o grupo ou membros do grupo tendem a desformalizar este papel, desqualificando-o, resistindo, ou mesmo, tentando modificar o comando recebido. Neste sentido, a autoridade é confundida com autoritarismo e posta de lado como se fosse a vilã, a causadora das dificuldades relacionais existentes. Na verdade, “é o controle e a colocação de limites claros e assertivos (mas não enrijecidos) que podem profissionalizar essa relação de subordinação hierárquica, humanizando, sim, as relações profissionais, mas sem cair no personalismo paternalista e/ou autoritário”⁹ (LEITE e FERREIRA, 2000, p.72). A dificuldade em estabelecer limites mais assertivos, é sinalizada, tanto na etapa junto às enfermeiras, como com o corpo gerencial do VTM (1996 e 1997a).

Quando questionada sobre como foi comandar, Rubi respondeu:

como já coloquei outras vezes, eu não noto grandes diferenças, porque eu acho que eu não nasci para comandar, entende? Não consigo, assim, direcionar as coisas para que as pessoas sejam comandadas. Eu sempre acho que tenho que ir eu primeiro fazendo as coisas, então eu acho que é um pouco diferente de tu comandares. Não que tenha que ser autoritário, determinar faz isso e isso. Se bem que às vezes precisa determinar, é

⁹ Ver conteúdo sobre Estilos de Liderança, no capítulo 3, p. 24-5.

necessário tu determinares (...). Fica mais difícil se tiver uma pessoa que não é muito maleável, que não aceita muito as coisas; fica um pouco mais difícil.

Dois aspectos chamam a atenção na fala de Rubi. O primeiro tem a ver com a questão de comandar ou não. No que se refere a este aspecto, à enfermeira não é permitido uma escolha e sim é uma exigência da sua função (independentemente de ter ou não cargo de chefia), e esta função exige a utilização de autoridade. O segundo aspecto tem a ver com a forma como é desenvolvido este gerenciamento, pois não podemos cair no extremo de nos omitir de comandar, fortalecendo o simbolismo (estereótipos) da enfermeira “mãe (que tudo permite), ou de madrastra ou sargento (que tudo proíbe)”, como retratam Leite e Ferreira (2000, p. 72).

Esta não apropriação do papel gerencial também ficou evidente em um dos relatórios do Programa VTM (1997a, p. 31), apontando que

pode-se perceber uma elevada dose de indiferenciação entre as funções e atividades atribuídas aos gerentes e aos demais enfermeiros da equipe, o que vem reforçar a tese da personalização das relações e da informalização das funções gerenciais, numa certa negação do poder inerente a esses cargos.

As enfermeiras do Hospital 1 também refletiram sobre as facilidades e dificuldades de se exercer o cargo de chefia em instituições públicas ou particulares. Pérola diz:

eu acho que nos outros hospitais (particulares), é mais fácil tu seres chefe do que aqui. Aqui tu tens que levar mais o grupo, ter uma capacidade muito grande de conquistar o grupo. Na verdade, aqui, se a pessoa não quer fazer, ela não faz e não vai acontecer nada.

Indiretamente, já se estava falando de alguns conceitos interligados à dinâmica de controle, como por exemplo, autoritarismo e autoridade, que são opções a serem escolhidas pela pessoa que assume algum tipo de atividade gerencial. Está também posta a concepção de que no serviço público tudo pode (na visão de muitos) e que não se tem controle sobre as atitudes e posicionamentos adotados (falta de limites). A falta de um processo de avaliação contínua do funcionalismo, a não reposição de pessoal há vários anos no serviço público, associadas às dificuldades já apontadas no exercício da autoridade daqueles que ocupam os cargos de gerentes, aparece na informalidade no exercício do trabalho, explicitado por Diamante:

a pessoa passa pelo período de experiência e é ótima. Após o período de experiência, ela tem até “alergia” do hospital, não pode trabalhar com o paciente. Tem que ter muito “jogo de cintura”, muita capacidade (...).

“O não esclarecimento de limites nas relações institucionais pode gerar uma postura de confusão entre o que seria um direito conquistado e uma permissividade perante as regras institucionais, abrindo espaço para a atuação profissional sem compromisso”, também foi identificado no segundo hospital (LEITE e FERREIRA, 1996, P.25).

Nestas atividades de comandar e ser comandado estão envolvidas, também, questões que dizem respeito à comunicação e relações de poder. Neste sentido, a associação do cotidiano de trabalho das enfermeiras com o experimento realizado é retratado na seguinte “leitura” desenvolvida pelo grupo:

a gente não consegue ter uma concentração maior em função de eu me dar super bem com Rubi, que é bem palhaçona e eu também não fico muito para trás. Eu sinto assim, eu vou até onde eu posso, eu obedeco até a hora que convém, em que não estão ultrapassando os limites. Até aquele ponto eu acho que posso obedecer, depois daquele não, por exemplo, se ela me empurrar para trás eu tenho um controle, eu não posso ir muito para trás, eu tenho o meu limite. No momento em que tu achares que não vale mais a pena, tu não fazes. Eu acho que têm muitas coisas boas que valem a pena e dependendo do jeito como a pessoa manda, é muito fácil, muito bom. Se tu tens uma maneira boa de comandar, é tranqüilo. Agora, depende do jeito (Esmeralda);

eu acho que está muito atrelado aos valores da gente, como tu falaste, dos limites. Se tu sabes, tens consciência da importância daquele comando, o porquê, a explicação, tu fazes numa boa. Agora se tu não entendes muito bem, já crias uma resistência e questionas o por quê. Se é uma pessoa que tem jeito, tato para comandar, tu fazes e te sentes bem, segura (Ágata).

Estes depoimentos apontam de uma forma bem interessante e evidente a necessidade e a importância do estabelecimento de uma adequada comunicação, reforçando o quanto é fundamental desenvolver habilidades que se referem ao modo de solicitar, quando se exercem atividades de liderança e comando, especialmente num gerenciamento que envolve pessoas de diversos níveis de formação, como é o caso das gerentes de enfermagem.

Um outro aspecto que pode ser evidenciado no primeiro depoimento é o caráter pessoal (relação de amizade) estabelecido entre as duas integrantes da atividade. Claro,

tratava-se de um exercício, de uma brincadeira, mas o quanto no cotidiano estabelece-se relações pessoais que dificultam o desenvolvimento do trabalho ou a tomada de decisões?

As emoções ou os sentimentos emergidos nas relações profissionais não são diferentes dos pessoais. Nas relações profissionais, além de todos os aspectos envolvidos em qualquer atitude relacional (entre eles a necessidade de ser aceito, amado, exercer influência sobre os outros, a procura da realização como pessoa, o atendimento das necessidades individuais), está presente, em primeiro plano, a realização de uma atividade profissional, ou seja, há que se atingir a finalidade do trabalho. Isso exige um compromisso diferenciado, que deve atender e integrar as necessidades de todos os envolvidos nesse trabalho específico, e, que, no caso do trabalho em saúde, está centrado em um objeto que exige um atendimento competente, materializado em ações conjuntas, equilibradas, maduras, humanas, e, conseqüentemente, profissionais.

Constata-se, nos relatórios do VTM (Hospital 2), uma grande dificuldade da equipe em profissionalizar sua autoridade, o que as leva a trazer relações profissionais sempre para o lado pessoal, com conseqüente personalização e desprofissionalização da função gerencial, o que caracteriza uma luta um tanto confusa entre “autoritarismo x autoridade”, criando-se alguns “preconceitos contra o exercício da autoridade”(LEITE e FERREIRA, 1997a, p. 51).

O estabelecimento de limites é relevante nas relações de trabalho e não compete somente às hierarquias superiores a sua determinação. Ao mesmo tempo, não pode ser estabelecido somente quando convém a uma das partes envolvidas. É necessário que haja o estabelecimento de critérios adequados, condizentes com a realidade, e, principalmente, aplicados de forma a não produzir privilégios.

Leite e Ferreira (1997b, p. 17-8), citando Bourdieu, quando se referem à complexidade das relações dos indivíduos e grupos nas organizações, apontam que existem dois campos que caracterizam os limites nestas relações: os “determinados” e os “determinantes”. Desta forma, “longe de se negarem os aspectos determinados (pelas regras institucionais) das condutas individuais, é necessário valorizar suas potencialidades ‘determinantes’, suas ações possíveis na transformação dessas regras”.

A apresentação de referências teóricas possibilitou a continuidade da reflexão sobre a dinâmica de controle, sobre controlar e ser controlada e as influências que um exerce sobre o outro nestas questões de liderança. Por meio do referencial teórico apresentado (que continha a caracterização da fase; o problema; a interação; a ansiedade; os comportamentos; conceitos importantes como poder, autoridade, autoritário e liderança; estilos de liderança e conflitos), e do debate que surgiu após, foi possível identificar que o tipo de comportamento idealizado, frente ao comando de um grupo, é o democrata.

Nos depoimentos, percebe-se que estão presentes alguns equívocos quanto aos estilos de liderança adotados. A realidade é assim retratada:

a pessoa que é extremamente autoritária, que vê uma pessoa que é democrata, acha que a pessoa é relapsa, não tem autoridade. Eles confundem, acham que a pessoa tem que ser autoritária. Eu já convivi com isto. É muito difícil (Esmeralda);

é mais difícil ser democrata do que autocrata, pois o grupo confunde o democrata com aquele que deixa tudo solto (Diamante).

A concepção de que um gerenciamento participativo possa provocar “bagunça” e falta de uma figura no “papal de comando”, perpassa a visão de muitos. Na verdade, falta ainda um preparo, tanto das gerentes como das demais integrantes do grupo, para que este processo de liderança possa ser reavaliado e atualizado, uma vez que ainda está fortemente atrelado à cultura do autoritarismo como a melhor forma de comando.

A autoridade e o controle são inerentes ao papel gerencial, devendo, assim, ser desenvolvidos no desempenho da função, no interior da instituição. Tem-se que ter claro a diferença entre autoridade e autoritarismo, pois como relatam Leite e Ferreira (1998, p.34),

o receio dessa acusação de autoritarismo pode abrir grande brecha para as atitudes permissivas nas lideranças de grupos institucionais (...). Ao se escamotear a autoridade inerente às funções organizacionais instituídas, tende-se então a uma desformalização dos papéis e personificação das regras institucionais.

Outro aspecto importante considerado nas discussões foi o de que não se pode ter a falsa compreensão de que o trabalho em grupo só é bom quando todos os componentes pensam e agem da mesma forma. Na verdade, a riqueza do trabalho em grupo são exatamente as complementações que podem surgir a partir da intervenção das várias

integrantes. É lógico que desta forma surgem várias opiniões divergentes e diferentes, mas a discussão e reflexão provocadas por elas é que aprimoram todo o processo de trabalho, e, conseqüentemente, as relações estabelecidas entre as integrantes do grupo.

Neste sentido, Moscovici (2000, p.146), afirma que

de um ponto de vista amplo, o conflito tem muitas funções positivas. Ele previne a estagnação decorrente do equilíbrio constante da concordância, estimula o interesse e a curiosidade pelo desafio da oposição, descobre os problemas e demanda sua resolução. Funciona, verdadeiramente, como a raiz de mudanças pessoais, grupais e sociais.

Tentando buscar uma aproximação com o cotidiano individual do trabalho de cada uma, lançou-se ao grupo a seguinte indagação: *como vocês percebem estas questões no dia a dia?* E novamente a discussão se encaminhou para a falta de uma política¹⁰ institucional que direcione as ações e proceda aos encaminhamentos necessários, para que se atinja os objetivos propostos, que nem sempre estão claros, como pode ser percebido através das falas:

(...) aqui a dificuldade que eu tenho, com anos de chefia, é que a gente faz o curso de chefia e liderança, faz isso, faz aquilo, mas nunca é "sentado" naquela coisa clara, junto com a coordenadora ou a própria direção de enfermagem ou sei lá, o líder maior, no qual é colocado 'a gente vai trabalhar nesta linha de liderança, nesta linha de chefia. A gente não tem um 'norte', então cada um (...). Então a gente muitas vezes peca, erra. Tem atitudes erradas em situações, porque não se tem um "norte" na instituição (...). Eu sinto assim (Topázio);

falta filosofia institucional (Diamante).

Os conteúdos trabalhados foram muito propícios e apesar de não terem sido discutidos mais profundamente, estão explicitados nas falas das enfermeiras. Desta forma, apresentam-se alguns elementos importantes da dupla face do poder, escrito por Gorz, e citado por Leite e Ferreira (1998, p.36), onde estão envolvidas duas dimensões do poder:

o exercício do **poder pessoal**, em que exercer este tipo de poder pessoal é colocar-se pessoalmente em questão. (...) nele, o poder é sujeito e, por isso mesmo, pode ser combatido, questionado, recusado por aqueles sobre os quais se exerce. Exercer um poder pessoal é necessariamente

¹⁰ Políticas, segundo Silveira Júnior e Vivacqua (1996, p. 21), são orientações de ordem geral e têm como função subsidiar os administradores na tomada de decisão. As políticas constituem o feixe de idéias que corporificam a decisão. Representam a síntese das grandes opções.

aceitar o conflito sob sua forma mais direta, de pessoa para pessoa. Afirmar sua vontade própria é expor-se a que os outros a ela oponham a sua vontade; e o exercício do **poder funcional** em que não são mais os homens que possuem o poder, são as funções de poder que possuem os homens (...) a dominação nunca será exercida por pessoas, nem dependerá de sua autoridade pessoal. Será exercida pela via institucional, segundo um procedimento definido de antemão.

Leite e Ferreira (1998, p.36) afirmam que estas duas dimensões,

se entrelaçam na ação gerencial (...). Ao assumir o cargo gerencial, impõe-se a esse indivíduo o exercício do poder funcional desse papel, condição básica da manutenção da ordem institucional vigente. Todavia, a expressão concreta desse poder passa necessariamente também pelas características pessoais desse novo gerente, pela sua segurança ou insegurança, pela sua maior ou menor habilidade e liberdade para a expressão de seu poder pessoal.(...) Assim, o poder funcional é influenciado pelo estilo da personalidade do gerente e o comportamento pessoal do indivíduo-gerente apresenta interferências do papel institucional que ocupa.

A importância da integração destas duas dimensões é facilmente percebida. A minimização de qualquer uma delas pode provocar dificuldades à manutenção do papel gerencial. O grupo de enfermeiras do Hospital 1 retrata a situação, na qual não há delimitações específicas do poder funcional, acarretando uma supervalorização do poder pessoal, no qual em cada setor da instituição o chefe gerencia conforme sua visão, como é retratado por Safira, quando diz que

cada um faz conforme o seu jeito, cada setor faz conforme acha melhor. Acho que falta uma "linha mestra" e um "fio condutor" para que a gente também saiba: eu posso ir até aqui e a partir daí eu sei que não posso ir mais. Porque eu vejo assim, que aqui cada um administra conforme a necessidade e conforme a sua teoria, a sua linha.

Estas dificuldades também foram detectadas no trabalho desenvolvido com as gerentes do Hospital 2 (LEITE e FERREIRA, 1997a, p. 51-52), no qual se percebe uma maximização do poder pessoal sobre o funcional, com "tendência a ancorar a autoridade da função nas referências das relações familiares".

As regras heterogêneas vigentes na instituição evidenciam as dificuldades existentes na formalização da tomada de decisão, o que acaba por expor o profissional, tanto em nível pessoal como profissional, levando-o à exaustão, num sentimento de impotência frente à situação. É possível compreender as falas:

a gente se sente sozinha. Eu já coloquei isto para a coordenadora. Na verdade, eu me sinto assim, acho que ela também se sente (Safira);

me sinto abandonada (Diamante).

No cotidiano de trabalho, a ausência de um sistema organizacional que norteie as ações dos profissionais nela inseridos, atribui pesadas responsabilidades aos gerenciadores do processo de trabalho, provocando, muitas vezes, sofrimento e desestímulo a quem é compromissado com o trabalho que executa.

Pelo relato das enfermeiras, parece que está se iniciando um movimento de se pensar acerca da missão¹¹ da instituição (exigência para a acreditação hospitalar¹²), tendo inclusive já acontecido uma reunião para tratar do assunto. Mas a discussão ainda é de forma seletiva, como retrata Diamante:

eu não estava, foi apresentada para algumas pessoas, a população institucional não estava. Era uma minoria.

Desta forma, se existe discussão acerca da temática, as opções adotadas para motivar as pessoas foram ineficientes, uma vez que uma participação mais ativa ainda não ocorreu.

Neste sentido, quando perguntei se não havia um momento em que elas pudessem partilhar estas experiências, contribuindo com todo o grupo, surgiram os seguintes depoimentos:

os auxiliares e algumas enfermeiras acham que a direção é muito distante do resto dos funcionários. Que deveria ter pelo menos uma comunicação, uma reunião. A gente está mais em contato porque somos enfermeiras-chefes e mesmo assim, estamos longe. Têm depoimentos de pessoas da enfermagem que nem conhecem a diretora (Esmeralda);

fazer visitas nos locais, além de reuniões, não uma visita para fiscalizar, mas para fazer parte (Diamante).

¹¹ Missão, na visão de Silveira Júnior e Vivacqua (1996, p. 19), “é a expressão da razão de existência de uma organização (...) explicita o propósito, o meio e o benefício da organização”.

¹² A acreditação hospitalar “é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, e tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos” (ONA, 2001, P. 19).

Outro aspecto colocado em questão é a dupla responsabilidade assumida pelas enfermeiras-chefes do Hospital 1, nos diversos setores onde a enfermagem atua. Ao mesmo tempo em que gerenciam o trabalho, assumem também as atividades técnicas, pois muitas vezes são as únicas enfermeiras do setor. Isto significa uma ampliação das suas atribuições, acarretando um aumento de responsabilidade, além de permanecerem naquele local um tempo maior que a sua carga horária (momento em que desempenham ações gerenciais), como retrata Topázio, quando diz:

gurias tem outro problema na questão das relações, a enfermeira como chefe, sozinha na unidade, assumindo todas as responsabilidades de uma enfermeira, todo mundo solicitando...

Ao contrário do assinalado no relatório do VTM (1997a, p. 51), em que se constatou “a não realização profissional no papel gerencial pelo maior distanciamento que ele impõe em relação às atividades de assistência direta aos pacientes”, parece não existir este dilema com as enfermeiras do Hospital 1. A não realização parece instalar-se justamente por haver uma sobrecarga de trabalho que as impede de realizar com maior atenção e qualidade a sua função gerencial.

Este aspecto é abordado por Dei Svaldi e Lunardi Filho (2000, p. 30), quando dizem que uma grande parcela do tempo da enfermeira é destinada à realização de tarefas:

em sua grande maioria, estas tarefas são relativas ao gerenciamento do ambiente ou à administração de serviços. Geralmente, são realizados em detrimento da própria assistência e da prestação de cuidados diretos e de qualidade aos clientes, levando-o a perceber-se e a sentir-se, muitas vezes, limitado, angustiado e sem saída.

Discordando da citação acima, percebe-se o gerenciamento diretamente interligado à assistência ao sujeito do cuidado, por meio do estabelecimento de estratégias coerentes com a necessidade dos sujeitos envolvidos e com a finalidade do serviço prestado. As enfermeiras que assumem este papel, já considerado como um processo de trabalho diferenciado – o processo de enfermagem gerenciar, possuem extrema coragem, frente às dificuldades presentes no desenvolvimento de suas funções gerenciais, e, com certeza, ao invés de detrimento da assistência prestada ao sujeito do cuidado, através do gerenciamento pode-se aprimorar esta assistência.

Sentia-se no grupo uma vontade, uma disposição de discutir aspectos que dificultavam o seu fazer diário. Fazer este que, muito além das técnicas, defronta-se com barreiras administrativas muito grandes, como falta de suporte, tanto material e estrutural, como de pessoal, por exemplo, nos encaminhamentos de problemas relacionais ou de saúde, que se retratam cotidianamente na instituição hospitalar, situação referendada por Topázio, quando questiona:

onde está a valorização da saúde do funcionário? Porque é que as pessoas chegaram a este limite de problemas, com restrições no trabalho e os atestados?

Percebia-se, também, a forma apaixonada com que falam desta instituição, que apesar de ser a geradora de muitas insatisfações, também é inspiradora e mobilizadora da energia diária dessas profissionais.

Em vários momentos, houve necessidade de trazê-las de volta à temática das relações grupais, pois estava muito presente a necessidade de discutir, de forma mais geral, aspectos que produzem dificuldades e insatisfações no processo de trabalho, como, por exemplo, as bolsas de trabalho que são disponibilizadas aos funcionários para cobrir a falta de pessoal, sobrecarregando-os e, ao mesmo tempo, explorando-os monetariamente, já que o valor é mais baixo do que o seu próprio salário, gerando mais um motivo de estresse no ambiente de trabalho. Tentou-se trazer para a discussão a dinâmica de controle, para poder aprofundar a temática. Elas argumentam:

tudo é conflito! (Rubi, Safira e Esmeralda).

Foram discutidos alguns projetos que iniciaram e não tiveram continuidade, como por exemplo, a escala fixa e o projeto de avaliação funcional, em que alguns setores implementaram e outros não, existindo divergências de opinião entre as integrantes deste grupo, bem como em toda a instituição. Algumas falas caracterizam a discussão, e, ao mesmo tempo, retratam a forma como acontece o gerenciamento na instituição, confirmando aspectos já elencados anteriormente:

é porque não é estampada a necessidade, se não se explica, não se esclarece os porquês (Agata);

pois aí vem novamente o problema da comunicação; algumas pessoas recebem e outras não recebem (Safira);

desta forma perde-se a credibilidade (Esmeralda);

eu acho que nesta situação vem a questão do bom senso, tem pessoa que é 8 ou 80, tem que ter bom senso (Safira);

falta acompanhamento. É “largado” aquele determinado papel, mas ninguém aparece para ver se está sendo feito; parece que não era importante (Diamante).

Para Leite e Ferreira (1998, p.37),

exercer poder significa, sobretudo, lidar com limites, seja para impô-los a terceiros, em determinadas circunstâncias, ou para rompê-los, em outras. Esse exercício de definição e de colocação de limites envolve não só o trato com as regras institucionais e as crenças pessoais, mas também, e de modo mais amplo, toda a dinâmica social e valores culturais.

Parece-me, então, que a ausência de limites, como transparece na fala de Pérola,

se a pessoa não perder a autoridade dela, pode oferecer, tem um modelo para experimentar, quem quiser aplicar, aplica, quem acha que não dá, então não dá!,

leva a um abismo, confirmado por Safira, que argumenta que *assim ninguém vai fazer*, no qual cada um decide por si, independente do coletivo institucional. A ausência de limites pode transmitir uma falsa idéia de liberdade, e, com certeza, vivendo em sociedade, não se é livre para fazer tudo o que se quer.

Apesar das várias tentativas, sem sucesso, de discutir de forma mais personalizada as questões de controle, foi necessário ser mais objetiva e questioná-las sobre o seu preparo para exercer o papel de líder de um grupo. Ocorreu um momento de silêncio seguido de risadas, antes de se manifestarem:

a gente se acha (Esmeralda);

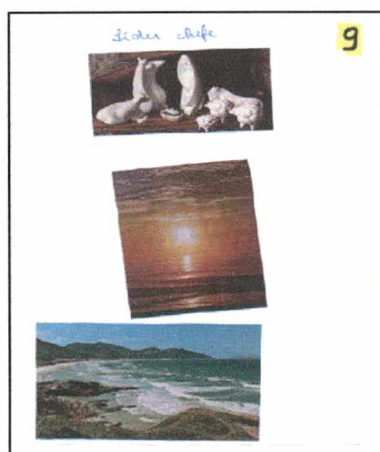
a gente pensa que sim (Topázio);

eu tenho algumas dificuldades, mas eu tenho apoio do resto do grupo. No meu trabalho, antes, em que eu era sozinha, era uma coisa, mas quando tu encontras um grupo que respalde, que trabalhe junto contigo, não é difícil. Dificuldades todo mundo tem, mas acho que eu estou em condições (Esmeralda).

Não se conseguiu discutir mais profundamente os sentimentos e percepções dessas enfermeiras, trabalhando no comando de suas unidades, assim como também não se

aprofundou como elas desenvolvem, na prática, os conceitos trabalhados na dinâmica de controle (poder, autoridade, autoritarismo, liderança, conflitos, entre outros). Desta forma, acredita-se que as colagens elaboradas por elas, possam sinalizar, mesmo que indiretamente, algumas posições frente à atividade de controle no grupo de trabalho, como apresentado a seguir.

Na figura 13 há, em seu conteúdo, a figura centralizada do chefe, que lembra as estratégias femininas de poder, trazidas por Leite e Ferreira (1997a, p. 23), muito relacionadas ao gênero¹³, “seja pela unanimidade de mulheres no exercício dos cargos e pelo histórico da profissão”, mas também confirmada na fala de Topázio que diz:



como líder, como chefe, eu me sinto assim, acolhedora no sentido de todo mundo ao redor(...), com todo mundo ao redor e ao mesmo tempo centrada, eu no centro e todo mundo ao redor.

Figura 13 – Colagem Dinâmica de Controle

Neste sentido, o trabalho de Morgan, citado por Moscovici (Leite e Ferreira, 1997a, p. 24), traz as principais estratégias de poder ditas femininas¹⁴, onde o arquétipo de “Grande Mãe, que obtém e reforça seu poder através de afeto, proteção, nutrição psicológica, perdão e apoio irrestrito”, parece se assemelhar ao papel que Topázio diz desenvolver junto ao grupo que lidera.

No trabalho realizado com o corpo gerencial da enfermagem do Hospital 2, também detectou-se algumas estratégias de poder tipicamente femininas, “denotando a necessidade

¹³ Conforme Leite e Ferreira (1997a, p. 23), gênero tem sido uma categoria de análise que reconhece o papel determinante da organização social na relação entre os sexos e serve também para estabelecer as definições normativas da feminilidade e da masculinidade.

¹⁴ As estratégias de poder ditas femininas, estão compostas pela representação da *Grande Mãe, Primeira Dama, Dalila, Filha e Rainha Absoluta*.

de superar essas determinações de gênero e assimilar outros aspectos inerentes ao exercício da autoridade (...)"(LEITE e FERREIRA, 1997a, p. 43).

A liderança democrática é referendada na figura 14, que traz a frase: *juntos buscando a vitória*. As figuras retratam que para se atingir os objetivos, existe a necessidade de um trabalho em equipe. Na fala, Esmeralda relata como sente este processo em sua unidade de trabalho:



então, é assim que eu vejo, bem incluída neste grupo, eu consigo trabalhar e juntos a gente consegue; até hoje, sempre foi assim, sempre consegui em conjunto. Me considero uma líder democrática, uma chefe democrata. Funciona bem.

Figura 14 – Colagem Dinâmica de Controle

Faz-se necessário comentar que esta liderança, apesar de bastante participativa não elimina a figura do líder, como coordenador, motivador e representante do grupo de trabalho, evidente na própria colagem trazida por Esmeralda. Em função disto, em determinados momentos, a gerente tem que ter um distanciamento e tomar decisões, apesar do grupo.

A figura 15, associada ao relato, lembra a fase anterior, de inclusão, e as estratégias utilizadas por quem a elaborou, de forma a conquistar o seu espaço dentro do grupo, ao mesmo tempo em que estabelece as mudanças necessárias. Assim, Rubi retrata a sua forma de inserção no grupo, como chefe:

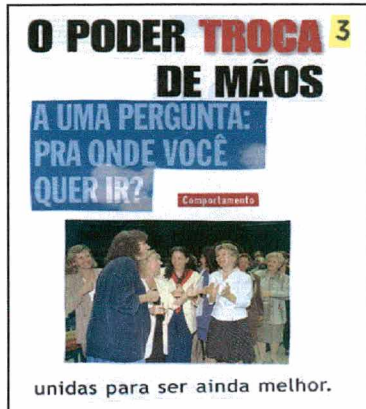
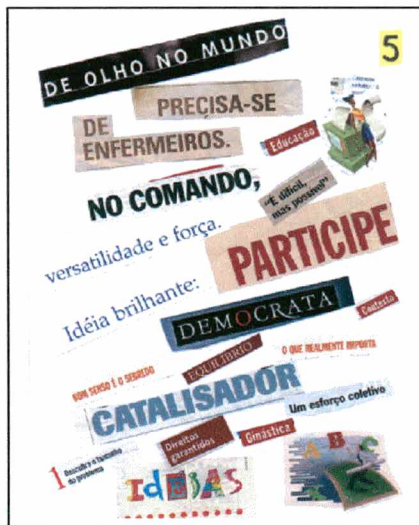


Figura 15 – Colagem Dinâmica de Controle

A figura 16, associada ao relato consciente de que, ao mesmo tempo em que ela percebe algumas características suas como chefe, traz também a necessidade de desenvolver outras, que considera fundamentais que uma chefe tenha, entre elas, a criatividade, versatilidade, flexibilidade, ser democrata, ser competente (traduzido em *idéias brilhantes*), aglutinador (traduzido em *catalisador*), entre outras. Safira retrata, assim, o seu papel de chefe no controle do grupo:



algumas coisas que eu acho que sou e algumas coisas que eu acho que deveria ser, como é que eu vejo toda a questão. Eu coloquei que a gente, os enfermeiros têm que estar de olho no mundo, sempre olhando além, quando estão no comando têm que participar, ter versatilidade, ter idéias brilhantes para conseguir sair dessa situação que a gente está. É importante ser democrata, mas tem que ter um equilíbrio, que bom senso é o segredo de se trabalhar com pessoas; tem que ser um catalisador de forças e sempre descobrir o tamanho do problema, ver o que realmente importa neste conflito, fazer uma ginástica para conseguir tudo isto. É um esforço coletivo, é difícil, mas é possível. (risadas), tem que ter idéias brilhantes para conseguir sair dessa situação.

Figura 16 – Colagem Dinâmica de Controle

Ágata retrata na fala e na figura 17, a sua “apropriação” do conhecimento trazido durante o encontro sobre a dinâmica de controle, bem como a sua preferência de estilo de liderança, referida na fala e na colagem de que

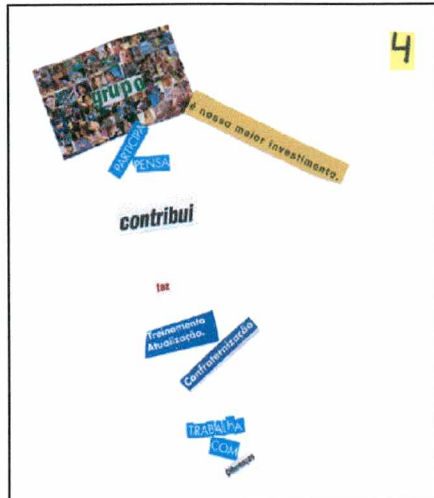
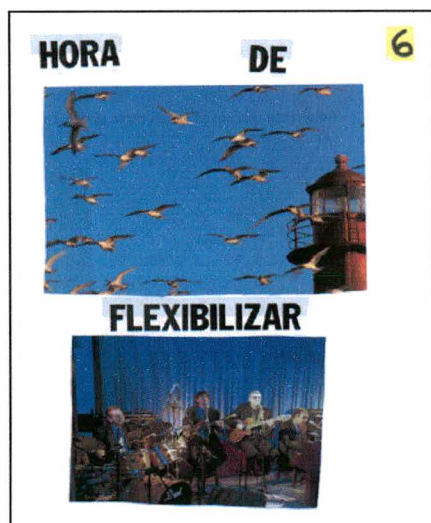


Figura 19 – Colagem Dinâmica de Controle

A liderança participativa envolve também o respeito à diversidade, às diferenças, bem como a necessidade de trabalhar estes aspectos (figura 19).

Na fala e representação simbólica de Diamante, seguindo a análise anterior de Ametista, inclui-se, além da importância da valorização de todos os envolvidos, no qual, em determinados momentos uns integrantes estão em evidência, e em outros momentos outros, faz-se necessário, para que o objeto de nosso trabalho seja melhor atendido, que levemos em consideração as aptidões do trabalhador, no sentido de encontrar prazer e satisfação no seu cotidiano de trabalho. A figura 20 é associada à fala:



coloquei uma revoada de pássaros, onde tem alguém no comando, mas, as vezes eles trocam e assim a gente procura trabalhar com o grupo, de forma a valorizar cada um. E a de baixo é uma festa em que cada um tem a sua importância, cada instrumento é diferente. As vezes tem um instrumento em que o som é mais forte, que está em evidência, mas a melodia é composta por todos os instrumentos.

Figura 20 – Colagem Dinâmica de Controle

As representações acima retratam, em muitos momentos, a realidade vivida pelas profissionais, no desenvolver de suas atribuições, como enfermeiras-chefes, e, portanto, líderes dos diversos grupos de trabalho. Retratam, ainda, uma grande busca, na forma de “fazer melhor”, de encontrar suportes metodológicos sinalizadores de estilos mais adequados de conduzir o seu grupo e exercer sua liderança; se bem que, como se refletiu, no início deste capítulo, como não existe um modelo perfeito de liderança, é necessário que o estilo adotado seja contextualizado ao local onde está inserido. Acredita-se que as reflexões desenvolvidas por ocasião desta dinâmica, possam ter contribuído, ou, pelo menos, provocado algumas inquietações com relação ao exercício do poder, da liderança, da autoridade da enfermeira frente a sua equipe de trabalho.

Percebe-se que, na reflexão feita, frente ao exposto nas colagens sobre a dinâmica de controle, havia muito de idealização, tanto no que era expressado quanto nas figuras representadas, o que provavelmente refletia a busca por um gerenciamento mais aprimorado. Nem sempre as pessoas realizam suas ações da forma mais adequada, mas isto nem sempre está relacionado ao desinteresse ou falta de motivação. Algumas explicações surgem:

de repente nem todas as pessoas estão no mesmo nível de entendimento e compreensão. Por exemplo, o líder, a chefia nem sempre estão preparados (Ágata);

eu penso que no trabalho há uma necessidade muito grande da gente saber trabalhar esta parte de relacionamento. Então eu acho que todos têm interesse, pois sendo chefe ou não, nos relacionamos e não tendo um bom relacionamento, não conseguimos trabalhar (Esmeralda);

é um trabalho mecânico, executa as suas funções, mas não se tem um minuto a mais (Rubi);

no meu local de trabalho, o momento que a gente tem para se encontrar são as reuniões, mas são sempre as mesmas pessoas que participam. Então a reunião é o momento em que se colocam as insatisfações, problemas, alegrias e as pessoas não vêem (Ametista);

têm pessoas que se limitam somente ao salário e não à satisfação pessoal e profissional. E são pessoas frustradas porque não têm amizades, não se relacionam com ninguém. São pessoas difíceis (Rubi).

Um importante aspecto a considerar e que se apresenta, neste momento, é o fato de que, nos últimos anos, o Serviço Público Federal tem perdido, progressivamente, as suas

características de serviço altamente eficiente e de qualidade, composto por um grupo de trabalhadores qualificados, estrutura e equipamentos adequados e de ponta, centro de estudos de novas tecnologias, entre outros aspectos. Este quadro, com certeza, tem interferido no comportamento das pessoas, determinando sérias dificuldades em realizar o seu trabalho, ao mesmo tempo em que o empregador, no caso, o governo, também não cumpre o seu papel de fornecer as condições necessárias para que o trabalhador atenda com qualidade o sujeito portador de carências de saúde. Este ciclo tem permanecido inalterado, quase num imobilismo total, tanto do governo, como do trabalhador e da população atendida. Neste sentido, o setor responsável pelo controle e poder, ou seja, o que gerencia diretamente estes serviços, parece estar “amarrado”, pois não há condições de governabilidade, se não se tem recursos nem possibilidades de alterar este quadro vigente.

6.3 Dinâmica de ajustamento... a profissionalização do trabalho em enfermagem

Esta fase do processo relacional contempla um aprendizado mais amplo do convívio grupal, na busca de um amadurecimento frente às afinidades e/ou divergências existentes entre os componentes do grupo de trabalho, cujo encaminhamento pode contribuir ou não para a profissionalização do trabalho em enfermagem.

Este momento do estudo teve como objetivo a reflexão desses aspectos presentes nas relações de trabalho, por meio do referencial apresentado. Neste sentido, no experimento (representação de uma máquina que facilitasse o trabalho humano), Ágata faz o seguinte comentário durante a discussão para a escolha da máquina:

eu pensei num computador portátil, em que as enfermeiras pudessem facilitar o seu trabalho e para facilitar a anotação, pois vejo que é uma dificuldade fazer as anotações e realmente é muita coisa.

Este comentário de Ágata evidencia uma das grandes dificuldades presentes no desenvolver das atividades de enfermagem, que envolve o registro de seus procedimentos ou ações. Esta discussão não é recente e envolve sérios questionamentos sobre a aplicabilidade e entendimento, por seus profissionais, do processo de enfermagem. A grande maioria das instituições não tem desenvolvida uma metodologia de trabalho que

contemple o registro adequado e sistematizado de suas ações e condutas adotadas, deixando grandes lacunas em termos de uma assistência organizada e de qualidade.

A máquina escolhida pelo grupo foi uma bicicleta, e é importante registrar, que esta técnica, apesar de fazer uso de uma simbologia que retrata uma máquina e as peças que a compõem (e por isso, representar uma certa frieza e falta de características humanas), reforça o fato de que se uma máquina perde as características e a própria função quando não desenvolve um trabalho com interação das partes, como pode o ser humano ter a pretensão de que pode agir isolado sem a complementaridade de outros?

Utilizando o exemplo da bicicleta, foram abordadas as diferenças existentes entre os componentes de um mesmo grupo, bem como a necessidade de que este grupo estabeleça espaços de atuação e reconhecimento para todos os integrantes, para que possa existir o sentimento de pertencimento ao grupo, o que é de vital importância no aprimoramento das relações de trabalho.

Com esta concepção, iniciou-se o processo de reflexão, quando se discutiu como se sentiram quando compondo a máquina e ao se separarem dela (a atividade proposta previa um momento em que cada integrante da máquina tinha que se afastar, e, isoladamente, fazer o movimento que estava executando no conjunto, com o grupo), tentando também trazer as reflexões para o dia a dia, no processo relacional.

Quando saí, pensei: mas esta bicicleta não vai andar mais. Mas o movimento continuou e até pode fazer falta, mas também pode não fazer, porque continuou alguma coisa. Mas faltou alguma coisa. Faltou um membro (Ágata).

O trabalho não vai ser o mesmo (Esmeralda).

Pode até continuar, mas é diferente, não é o mesmo movimento aquela engrenagem funcionando ao mesmo tempo (Rubi).

No conjunto aquele movimento tem sentido, é harmônico, mas sozinho não tem mais sentido. Enquanto está separado ali da máquina, sozinho, não tem objetivo (Safira).

Perde a identificação. No conjunto com o grupo ele é identificado, quando sai uma peça, não se consegue identificar como a mesma máquina (Esmeralda).

É importante salientar, também, que a questão do espaço institucional a ser ocupado pelo profissional segue preceitos éticos de respeito ao espaço do outro e a sua individualidade, como retrata Ágata, quando diz que

cada peça tem o seu espaço e o seu lugar certo. Não pode querer ser roda se ele não é naquele momento. Ele é aquilo que ele é, no espaço dele.

Também a incidência de profissionais que não assumem seu espaço e seu papel, gerando sobrecarga aos demais profissionais, levou ao seguinte questionamento:

mas, e aquela pessoa, ou aquela peça que está ali, faz parte da engrenagem, mas não desempenha a sua parte, sua função. A buzina que não toca, a roda que tranca. E aí? (Ametista);

neste caso, alguém tem que ocupar, fazer a função daquele, sobrecarregando outras pessoas (Safira).

Também está incluída nesta temática a questão do serviço público, no qual existem pré-concepções sobre o trabalho desenvolvido (muitas delas em função da falta de comprometimento e da inclusão inadequada de vários profissionais), levando a rótulos, como traz Topázio: *quem está fora, está louco para entrar, pois acha que não vai fazer nada*. Ágata questiona se estas pessoas são preparadas para estar ali ou são apenas colocadas ali.

É importante salientar que, naquele momento, se estava fazendo pontuações que não envolviam somente a necessidade de ajustamento, mas também as outras necessidades, neste caso, a de inclusão, mostrando como é dinâmico este processo de relações interpessoais e grupais, e que, muitas vezes, estabelece-se um “vaivém” entre a dinâmica das necessidades interpessoais, o que é próprio do ser humano em seu processo relacional, com suas variações e interações. Neste sentido, quanto às estratégias para incluir as profissionais que se isolavam do grupo e não interagiam, o grupo relata:

eu normalmente tento incluir, faço algumas tentativas, mas têm algumas situações em que não consigo incluir, talvez por limitações pessoais ou falta de estratégias e aí acabo ignorando. Já fiz encaminhamentos para a psicóloga, já me coloquei disposta a ouvir e dizer que o grupo está sentindo que ele está diferente, dizer que não passa despercebido é a primeira coisa, e que o grupo está sentindo assim, normalmente pela experiência que eu tenho, continua a mesma coisa. Para mim, normalmente, não existe terceira tentativa. Daí, bom, já foi conversado,

não tem o que fazer, teoricamente, até dentro da instituição a pessoa não quer estar ali, não gosta do que faz, porque também tem esta situação. Então, normalmente o que eu faço, eu tento que ela produza dentro dos padrões exigidos das rotinas, cuide bem dos pacientes, mas não invisto tanto quanto eu invisto nos outros (Ametista);

é muito desgastante para a gente, não tem retorno. Talvez a gente até desista fácil, mas é cansativo. E também eu acho que dentro da instituição não existe nada que nos dê suporte neste sentido. Não existe. Se tu vais atrás, tu és mal vista, inclusive, por isto. Porque tu pedes para outros profissionais agirem. Então a gente acaba tendo esta atitude, que até eu acho que nem é a mais correta, pois desistir completamente não se deveria. E aí tu repassas para outro setor, ou a pessoa pede para sair (Ametista);

a pessoa se tem um problema de ajustamento num outro serviço, que não o serviço público, faz a primeira tentativa, faz a segunda, não dá certo, a pessoa é excluída (Safira).

Existe uma grande dificuldade, no serviço público, de trabalhar as questões referentes a funcionários com problemas de ajustamento, problemas psicológicos ou problemas relacionados ao compromisso profissional. Possivelmente, isto acontece pelo desconhecimento ou mesmo ausência de estratégias claras de inserção do profissional na instituição, estratégias estas que deveriam ser trabalhadas com os responsáveis pelo gerenciamento do serviço.

No processamento, por meio do referencial teórico da dinâmica de ajustamento, pode-se enfocar que, passada a fase de controle, é importante que o grupo trabalhe com maturidade, estabelecendo relações em nível profissional, no qual haja respeito às diferenças e soma de forças, na tentativa de desenvolver o trabalho em equipe. É importante salientar, no entanto, que esta fase só acontece se bem trabalhadas e resolvidas as fases anteriores, pois como retratam Leite e Ferreira (2000, p.75),

a afetividade só se instala e só ganha espaço de um modo integrador, quando resulta de um amadurecimento e enfrentamento das questões de inclusão e controle. Caso contrário, quando essa afetividade se superpõe a esses conflitos mal resolvidos, é mais comum que esta tenda a acirrar ainda mais as dificuldades, na medida em que organiza cumplicidades, cria “panelinhas” e leva as questões para o plano mais passional, confundindo e comprometendo indiferenciadamente relações pessoais e profissionais.

As relações, cujas características principais são os laços de amizade e de cumplicidade, acabam por trazer um envolvimento de cunho pessoal que se superpõe à

relação profissional, o que pode desprofissionalizar as relações no trabalho e, trazer, ao contrário do que parece, várias dificuldades com relação à tomada de decisão, tão freqüente e importante ao gerenciamento. Isso pode levar a condutas e decisões diversas e diferenciadas para uma mesma situação, numa mesma equipe de trabalho.

Neste sentido, parece que o grupo tem uma certa dificuldade em estabelecer claramente os limites entre o profissional e o pessoal quando isto se fizer necessário, entendendo ainda que uma boa relação de trabalho é aquela em que se estabelecem fortes laços de amizade, o que facilitaria a tomada de decisão e a abordagem à pessoa. Sobre isto, Ametista e Esmeralda, respectivamente, dizem:

tendo essa relação de amizade, parece ser mais fácil a gente chegar e dizer, sinto-me mais tranqüila.;

mas aí tem que ser aquele amigo, amigo mesmo.

Mas existem dúvidas quanto a estas assertivas, como transparece na fala de Ametista, que retoma dizendo:

eu acho que tanto nas relações de amizade ou não, sempre é difícil. Até porque tu nunca sabes como a pessoa vai agir, como a pessoa entende ou está entendendo o fato, se percebe que faz determinadas coisas. Outro aspecto é que não adianta, no grupo a gente tem afinidades e o grupo todo percebe. Mas é importante ficar claro que se têm afinidades, conversa-se mais, brinca-se mais, mas isso não quer dizer que vou beneficiá-los dentro do trabalho.

Esta afirmação parece muito pertinente para que se processe a reflexão com mais clareza, pois como deixam claro Leite e Ferreira (1997a), em seu diagnóstico realizado junto ao corpo gerencial do Hospital 2, a fase de ajustamento é o momento em que estão mais explícitas as relações de afinidade ou não. No entanto, isso não impede que, apesar de se ter mais afinidade com um ou outro elemento do grupo, não se possa ter uma relação profissional, respeitadas as diferenças e divergências.

No diagnóstico acima, presente no relatório do VTM, os autores (1997a, p. 44), observaram o domínio das “relações entre pares, ou, no máximo, entre subgrupos, com dificuldades de perceber e de viver uma unidade grupal mais ampla e efetiva”.

Um dos pontos também importantes desta dinâmica é a necessidade de dar e receber “feedback”, como forma de estabelecer um processo contínuo de repasse de informações, na tentativa de sempre aprimorar as relações entre os sujeitos trabalhadores e deles com o meio. Neste sentido, repassando o referencial teórico, também se contemplou esta temática, fazendo a sua inter-relação com a prática do grupo em questão. Este aspecto é assim entendido por Ametista:

temos o compromisso de dar este retorno, assim como as pessoas também devem ter o mesmo compromisso conosco. Porque de repente tu fazes coisas até por ingenuidade, ou não tens a intenção. Tem também as questões éticas e o compromisso de fazer o outro crescer, que pode ser doloroso, mas é o compromisso com o crescimento do outro, de chegar e dizer. Pior é ficar minando, criando intrigas. Tem também que estar bem claro que aqui nós somos profissionais, independente de qualquer tipo de relação que temos fora do trabalho.

O conteúdo final da fala de ametista retrata um momento anterior, quando discorrido sobre a dinâmica de controle em que as relações estabelecidas entre os profissionais muitas vezes lembram os padrões das relações familiares, o que provoca uma certa desformalização do papel gerencial, minimizando pontos fundamentais e importantes para o desenvolvimento adequado do processo de trabalho, o que é retratado por Leite e Ferreira (1997 a, p. 51), ao analisarem os dados referentes ao Hospital 2, como uma dificuldade das enfermeiras em diferenciar o “poder pessoal e poder funcional”, existindo uma “tendência de ancorar a autoridade da função nas referências das relações familiares”.

Frente aos prováveis comportamentos da dinâmica de ajustamento (subpessoal, super-pessoal e pessoal), muitas vezes se fica transitando entre estes comportamentos, o que é confirmado por Ametista que diz:

faz parte da personalidade da gente, não dá para a gente se distanciar e ter sempre aquela postura. Será que a gente consegue ser sempre aquela pessoa estável, até onde eu posso ir, não, agora eu tenho que retroceder. A gente tem que muitas vezes ter cuidados, pois têm pessoas excelentes, que vestem a camiseta e que a gente acaba se identificando mais e acolhendo melhor.

Leite e Ferreira (1997 a, p. 42) refletem sobre a necessidade de quem exerce um cargo de chefia ter um olhar distanciado em determinados momentos, bem como a necessidade de “adequada diferenciação do papel da enfermeira-gerente em relação ao restante da equipe”, pois a não existência deste distanciamento pode levar a gerente a

“perder-se no jogo de negação (quando predomina a omissão) ou de ‘amaciamento’ dos conflitos (quando a atitude dominante é paternalista), botando-lhe ‘panos quentes’”.

O grupo comenta que, na verdade, desde a dinâmica de inclusão, o ponto chave é o estabelecimento de uma “linha mestra”, uma filosofia institucional, com critérios definidos, metas traçadas para que todas as profissionais, principalmente as chefes, tenham uma sustentação aos seus posicionamentos e decisões, sem que as mesmas tenham rumos completamente diferentes em cada setor, dando a “impressão” de que cada um faz “o que quer”, da forma “que quiser”.

Este aspecto é enfocado por Leite e Ferreira (2000, p.75), ainda no trabalho realizado junto às gerentes de enfermagem do Hospital 2, quando apontam que um ponto importante que surgiu no grupo, “foi a consciência de um grande isolamento vivido cotidianamente pela categoria, ficando ‘cada uma no seu canto’, cuidando da sua equipe, fazendo o seu trabalho”.

Nosso grande problema com relação a critérios, é que não os temos estabelecidos institucionalmente, cada setor cria seus próprios critérios, conforme a concepção de cada chefia. Na hora de cumpri-los, gera-se discordâncias, pois em outro setor fizeram assim, neste se faz diferente e assim por diante (Safira).

Na leitura do livro “A Centopéia que Sonhava”, de Hebert de Souza (1999), que enfoca a temática das diferenças, das limitações que temos e a importância das trocas e da ajuda mútua para se atingir os objetivos traçados, Rubi faz a seguinte reflexão:

esta é a nossa realidade, quantas limitações temos e quantas vezes temos que nos ajustar; neste ajustamento precisamos dos colegas e nem sempre isto é percebido assim.

As colagens sobre como as enfermeiras percebem esta dinâmica no cotidiano de trabalho, também trazem no seu conteúdo, algumas sinalizações importantes que podem ser trabalhadas para o aprimoramento de seu papel gerencial.

Rubi, na figura 21, retoma a dinâmica de controle, quando diz que o *líder tem poderes, mas são limitados*, no sentido de possibilidades de mudança e transformação. Na colagem, a figura que mostra as pessoas com idades um pouco mais elevadas, representa a

importância da maturidade e do preparo para exercer este cargo de líder. Também se refere ao momento vivido por nós como uma possibilidade de crescer e aprender:

é uma hora de crescer, tanto para o grupo como para a gente mesmo, procurando uma melhor forma de fazer mudanças.

Além disso, representa também a gerência como uma passagem, um momento a ser vivido, em que se deve ter os objetivos claramente definidos, para a obtenção, sempre que possível, da *vitória*.



Figura 21 – Colagem Dinâmica de Ajustamento

Para Topázio (figura 22) deve haver uma uniformidade nas condutas, nas quais se procura *traçar, então, um caminho, ter uma certa igualdade, uma mesma linha, uma mesma conduta*. Apesar de concordar com Topázio, é importante ter clareza de que, dependendo da situação, do momento do processo que o grupo está vivendo, a atitude a tomar, muitas vezes, pode ser diferente daquela que desejamos ou que consideramos a mais adequada para o momento. Na verdade é importante ter claro a filosofia institucional e a finalidade do trabalho exercido, mas os meios podem ser diferentes.

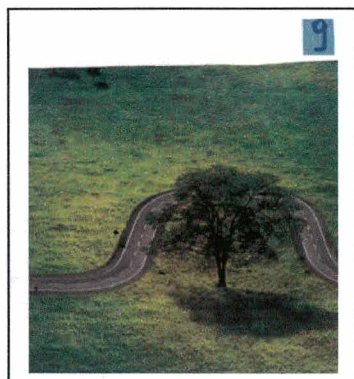


Figura 22 – Colagem Dinâmica de Ajustamento

Outro ponto importante a ressaltar é a representação do “caminho que se esconde atrás da árvore”, ou da fala relativa à figura: *de vez em quando dou umas amareladas, umas guinadas, me escondo atrás de alguma coisa, mas reapareço, sempre tentando traçar uma linha mais ou menos igualitária entre as atitudes, as ações.* A enfermeira que gerencia o processo de trabalho é um ser humano, como qualquer um, por isso, tem dificuldades e não tem todas as respostas prontas, como pode parecer em uma análise superficial. É importante flexibilizar o papel gerencial, no sentido de não assumir o papel de heroína e detentora do saber.

Ágata, na figura 23, traz um ponto fundamental que é a diferença entre acomodação e ajustamento:

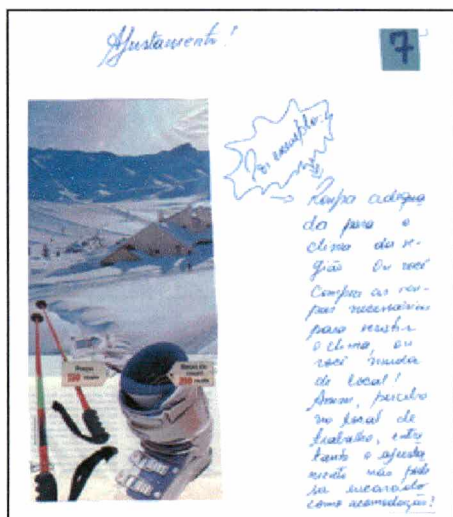


Figura 23 – Colagem Dinâmica de Ajustamento

Nesta fase, não há uma supressão total dos conflitos, em que todos os integrantes convivem harmoniosamente. O que existe é um processo

de amadurecimento das relações internas, de forma a permitir a aceitação e integração das diferenças, comportando assim a vivência e expressão dos diferentes graus de afinidades ou divergências entre seus integrantes, sem que isso ameace ou ponha em risco a unidade grupal (LEITE e FERREIRA, 2000, p.38).

Ametista, na figura 24, traz a importância da tecnologia (na figura um computador), para o desenvolvimento profissional, mas resgata o fato de que no nosso trabalho nos relacionamos com pessoas, ou seja, o nosso objeto de trabalho não é algo material e sim

um sujeito, um ser humano. Desta forma, estar ajustado significa também pensar no outro, como é retratado:

Coloquei a importância do comportamento profissional, que investe no grupo, que é comprometido, que é humano, que trabalha com humanidade.

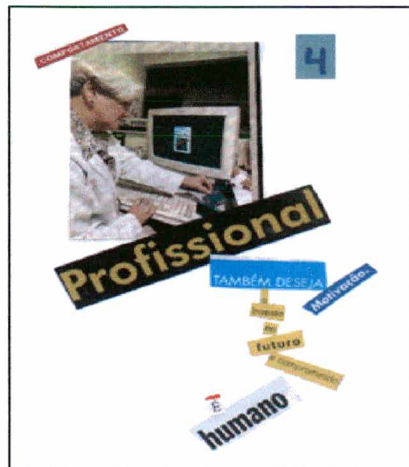
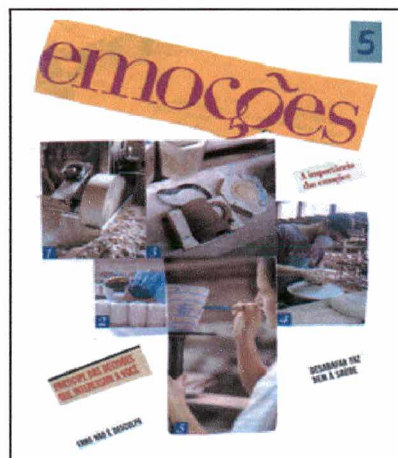


Figura 24 – Colagem Dinâmica de Ajustamento

A importância do papel a desempenhar por cada integrante do grupo foi resgatado por Safira na figura 25, por meio de um processo de trabalho na fabricação de um vaso *em que aparece cada fase, o barro, a forma, a secagem, o acabamento e a importância de cada um*. Também percebe esta fase como uma procura de equilíbrio, de negociação e de busca de satisfação no trabalho:



a importância das emoções, desabafar faz bem à saúde, participar das decisões que interessam à gente e erro não é desculpa, tem que retomar, se ajustar.

Figura 25 – Colagem Dinâmica de Ajustamento

As retratações acima evidenciam um processo de busca de formas de realizar o processo de trabalho de forma organizada, tendo como questões norteadoras a humanização deste processo, a tomada de decisão norteadora por linhas mestras institucionais, gerando, desta forma, equilíbrio entre a função gerencial e a satisfação no trabalho.

6.4 Dinâmica de separação/avaliação: a apropriação da experiência vivida...

Esta fase é muito importante na evolução das relações de um grupo, pois é um momento de retomada, de reafirmação de estratégias e ações já conquistadas, ou de modificação, podendo surgir como um momento de reaprendizado e de transformação da realidade vivida.

Leite e Ferreira (2000, p. 42) afirmam que

(...) em relação aos papéis institucionais, essa formalização favorece a profissionalização, estabelecendo regras mais claras, mais justas e mais efetivas para a orientação de condutas, otimizando o resultado de todo o trabalho coletivo desenvolvido.

A avaliação é um instrumento fundamental para subsidiar a tomada de decisão, pois muitas vezes, ao propormos o desenvolvimento de ações específicas, a formalização da atividade possibilita a explicitação dos aspectos positivos e negativos desta. Os dados obtidos fornecem também a argumentação para a credibilidade do processo gerencial, ao mesmo tempo em que possibilitam o encaminhamento das mudanças necessárias.

No aquecimento temático realizado junto às enfermeiras do Hospital 1, a partir de um cartaz contendo os problemas, as interações, as ansiedades e os comportamentos de cada dinâmica, tentou-se realizar um “passeio no imaginário”, buscando caracterizações importantes de cada fase, concluindo com a dinâmica de separação/avaliação, na tentativa de que as mesmas refletissem acerca do processo de avaliação que realizam como líderes de suas equipes, bem como da avaliação realizada com os níveis hierárquicos superiores. Ressaltou-se também a importância de, neste momento, ser estabelecida a separação como grupo, bem como realizar uma avaliação deste processo.

A discussão encaminhou-se para o processo de avaliação em nível institucional, o que, na verdade, já perpassava os encontros anteriores, nos quais já se faziam algumas proposições de situações que necessitavam ser aprimoradas, de forma a estabelecer um processo de trabalho que gerasse menos ansiedade, fornecesse a sustentação para as ações a serem desenvolvidas e proporcionasse maior satisfação às pessoas envolvidas. No processo avaliativo, decidem-se alguns caminhos, ao mesmo tempo em que se decide também, se se quer ou não percorrê-los.

Ainda no aquecimento temático, foi-se elencando que, passada a fase de controle, e, diminuindo, relativamente, os conflitos e a competitividade, embora os mesmos sejam importantes como estimuladores de crescimento e mudanças, há a necessidade de resgatar um ponto importante da dinâmica de ajustamento, discutido anteriormente - a identificação e o estabelecimento de estratégias gerenciais com uma certa homogeneidade, para que possa haver, minimamente, uma coerência entre os integrantes do grupo, apesar das diferenças, divergências e dos diversos momentos pelos quais passarão em sua vida profissional.

Relembrando as colagens que representavam a fase de controle, nas quais havia o predomínio da idealização, tanto nas figuras escolhidas como nos relatos, percebeu-se que, para além da idealização, havia uma certa inquietude nas falas, um processo em construção, e, principalmente, um aprendizado na busca de um fazer melhor. O depoimento de Ágata vem ao encontro desta afirmação, quando refere que

passa pelo pensamento ter um ideal, para tu poderes mudar, por mais que leve um tempo. Se tu não almejares, como é que vai mudar?

Isto confirma o que Leite e Ferreira (1997b), citando Enriquez, trazem na dinâmica de inclusão, quanto à necessidade de resgatar a diferenciação entre a “idealização” (processo natural e saudável desse primeiro momento de constituição dos grupos, espaço do sonho, da esperança e da fé nas potencialidades do grupo e do seu trabalho) e a “doença da idealidade”, no sentido de não ver o real (radicalização que impediria o desenvolvimento e amadurecimento do grupo, ou seja, a postura cristalizada de um grupo, resultando na negação das diferenças, conflitos e dificuldades das relações grupais e dos trabalhos a serem desenvolvidos por um grupo). Neste sentido, quando o grupo consegue

trabalhar suas diferenças, e, ainda assim, consegue sonhar, provavelmente está num estágio de amadurecimento, buscando o ajustamento.

O grupo discutiu que, por ser a enfermeira a responsável pela tomada de decisão, no sentido de gerenciamento e organização do trabalho, fica à mercê de julgamentos por parte do restante do grupo, como retrata Diamante:

existe muita cobrança da equipe em cima do chefe, como se nós não fôssemos pessoas. Temos sempre que acertar, nunca podemos ficar doentes, temos sempre que estar bem, não podemos ter uma falha. Temos que ser perfeitas. E nós não somos assim, temos falhas. Nós não temos nenhum suporte, alguém que nos respalde. Vou tomar tal atitude respaldada nesta norma, nesta diretriz da instituição. As decisões são individuais, para aquele momento e vai depender do bom senso de um ou de outro. E eu me questiono, será que eu vou ter o respaldo da direção? Isso gera uma insegurança para mim, na atuação de chefia.

Novamente, aparece, como em outros momentos dos encontros, a necessidade de posturas mais homogêneas e respaldadas pela hierarquia superior, que diluam e reafirmem as responsabilidades assumidas pelas enfermeiras gerentes dos diversos processos de trabalho. Além disso, considera-se importante ressaltar, mais uma vez, que, as enfermeiras, ao assumirem um cargo de chefia, assumem atribuições inerentes a este cargo, e, conseqüentemente, respondem e são responsáveis pelas atitudes e condutas assumidas.

Em determinado momento, após a apresentação do referencial sobre a dinâmica de separação/avaliação, lançou-se a seguinte questão: **como vocês vêem estas questões no cotidiano de trabalho?** Conhecendo a realidade de trabalho na instituição, as respostas confirmaram a percepção que já se tinha sobre o processo avaliativo institucional. As falas de Diamante e Rubi confirmam:

as coisas vão acontecendo e vão sendo resolvidas no momento (Diamante);

na minha unidade é assim, a gente não consegue fazer algum tipo de avaliação, vai resolvendo os problemas que aparecem, tenta pré-determinar algumas coisas, mas nem sempre o pessoal continua, consegue continuar aplicando (Rubi).

Com relação à avaliação com o micro-grupo¹⁵ de trabalho, no sentido de buscar a opinião das enfermeiras sobre a forma como está sendo desenvolvida, Ágata diz que *é feita, muitas vezes, de forma informal*. O grupo, como um todo, concordou.

Uma outra questão trazida pelo grupo é o fato de que, encontrando-se uma pessoa com dificuldades de desenvolver as suas atribuições, seja por questões de saúde ou não, não é realizada uma avaliação real dessas dificuldades e as pessoas “com problemas” são transferidas para determinados locais de trabalho, dentro da própria instituição, já estigmatizados como locais de depósito de “pessoas problemáticas”, ou que “não querem trabalhar”. Diamante traz a consequência desta determinação frente ao processo de trabalho:

estas unidades ficam cheias de pessoas com problema e o trabalho também já fica deficiente. Não é possível que haja uma concentração em determinado local, mas que se tente adequar o processo de trabalho dessas pessoas na instituição como um todo, já que como serviço público, as pessoas, geralmente, envelhecem aqui dentro. É necessário discutir estes aspectos.

Como este ponto já foi objeto de discussão anterior, reforça-se a importância e as consequências que este tema tem no desenvolvimento do trabalho das gerentes, principalmente no serviço público, no qual, no decorrer destes últimos anos, este problema vem se agravando terrivelmente.

As discussões em torno das relações interpessoais, tanto na Graduação quanto nos ambientes de trabalho, ainda são isoladas e provocadas por algumas pessoas que se identificam com a temática, mas a adesão às discussões ainda é restrita e sem muita resolutividade. Não há um entendimento de que, para o processo de trabalho ser realmente efetivo, cujos objetivos possam ser atingidos, ou seja, a finalidade do trabalho proposto alcançada, é necessário, primeiramente, o estabelecimento de relações aprimoradas e de cunho profissional. O contrário se reflete diretamente na atuação prestada ao objeto de nosso trabalho.

¹⁵ Utilizei o termo “micro-grupo” como referência ao grupo de enfermagem das unidades em que cada uma dessas enfermeiras atua como chefe de enfermagem, podendo o termo “macro-grupo” ser utilizado com referência ao grupo de enfermagem total da instituição.

Com relação à forma como estão sendo encaminhados os processos de avaliação, no sentido de fornecer subsídios com relação às deficiências ocorridas na comunicação, o grupo reportou-se às reuniões de chefias, realizadas mensalmente com a Direção de Enfermagem:

nas reuniões de chefia, todas as vezes é o mesmo assunto, a gente perde duas horas, que realmente são de pouco proveito, muito pouco proveitosas, não tem proveito nenhum (Esmeralda);

não tem retorno de nada, tu não cresces. É sempre o mesmo assunto, é cansativo, até a gente se acha enjoada de sempre falar a mesma coisa (Ametista);

eu muitas vezes me esqueço da reunião (Esmeralda);

têm assuntos da reunião de chefias que eu já sei 'ó' (estalando os dedos), há muito tempo (Topázio);

nas reuniões acontecem as mesmas coisas, são os mesmos problemas, a gente sabe que tem que ter metas definidas, que estamos 'chovendo no molhado' há muito tempo.(...) Já participei de várias comissões, avaliação, ética e não vai, não anda, pára na metade. Fico até pensando, "meu Deus, tanto tempo que eu perdi, (...), não vai para frente". Eu não sei porque, eu desacredito um pouco (Ametista).

Esmeralda questiona o grupo sobre o porquê de não colocar esta percepção durante uma reunião de chefia. Algumas integrantes dizem que “é preciso ter coragem”. Ametista fala que falta resolutividade:

no início entrei com todo o gás, para que as coisas acontecessem. E disponível, me disponibilizando. Não sei porque as coisas não são mais resolutivas. A gente envolve-se no fazer, no resolver as coisas imediatas, o problema de escala, falta de equipamento, sei lá. Será que é isto?

A demora nas resoluções de problemas ou na aplicação de estratégias efetivas, provoca nas pessoas um desestímulo tal, que as desvinculam da busca de aprimoramento do processo de trabalho. É comum a perda de aliados, que após exaustivas tentativas solitárias ou em grupos muito pequenos, somam-se aos demais, assumindo a aceitação deste processo, repleto de falhas e problemas.

As reuniões se voltam à discussão do que existe de problemas nos setores e fogem de encaminhamentos avaliativos do processo, de forma a chegar a um consenso gerador de resultados.

A demora nas resoluções, apesar de o diagnóstico dos problemas, ao que parece, ser de fácil estabelecimento, é assim explicado:

porque funciona assim, nós temos problemas com a secretaria, portaria, setores de apoio (alguém diz: temos problemas com tudo). Muito bem. Quem são as pessoas?(...). O que vai se fazer? Eu não sei se emperra nas direções, porque acham que não é importante, ou nas chefias, porque não tem chefia ou é difícil de conversar. E aí a gente discute, fala do problema. Estamos angustiadíssimas, querendo uma resolução. Muito bem! No próximo mês, a mesma situação. Não sei se foi encaminhada, não existe o retorno. Algumas coisas a gente percebe que melhora. Mas ainda é muito insatisfatório (Ametista);

a princípio, acho que têm assuntos que não precisariam ser discutidos em reuniões de chefia, mas deveriam ser resolvidos no dia-a-dia, não teria que esperar a reunião de chefia para falar para a direção (Diamante);

tudo o que é falado na reunião já foi falado para a coordenadora, é repetitivo. Aí tu falas para o grande grupo para ver se é só tu que está tendo este problema (Ametista);

na chefia temos tentativas individuais. Não existe na verdade algo que direcione, do tipo “da chefia se espera isso sempre, tem que se caminhar para aquilo, independente de quem esteja assumindo o lugar” (Ametista).

A primeira situação trazida por Ametista, é apontada no Hospital 2, na qual questões de

interface com as demais áreas do HU (equipe médica, de manutenção, de administração, jurídica, etc.) que geraram discussões mais vivas nessa definição das atribuições do setor, marcadas principalmente pela reclamação de responsabilidades dessas outras áreas que a enfermagem acaba assumindo (LEITE e FERREIRA, 1997, P. 31).

A enfermagem, pelo contato direto com os sujeitos do cuidado, acaba por se aproximar mais das exigências de resolutividade, tornando-se o elemento mediador entre eles, ou seja, o sujeito do cuidado e os demais profissionais. Por isso mesmo é que é tão importante para essas profissionais exigirem, coletiva e organizadamente, posições claras, firmes e objetivas de suas chefias, hierarquicamente superiores.

Como já representado em vários momentos, no decorrer dos encontros, é notória a necessidade de explicitar a política institucional, como instrumento de sustentação e

orientação das ações diárias, não só da enfermagem, mas de todos os profissionais, indistintamente. No entanto, acredita-se ser procedente novamente apontar que quem também é responsável pelo estabelecimento da política institucional são as enfermeiras gerentes, aqui representadas, bem como as demais integrantes do corpo gerencial da enfermagem do referido hospital universitário.

Por exemplo, o projeto de avaliação dos funcionários, que eu achei excelente e que a gente discutiu tanto. Foi implementado em algumas unidades e acabou, a unidade que fez, fez e a que não fez, muito bem. Não existe prazos determinados (Ametista).

Acho que precisamos de uma consultoria, alguém que fizesse uma avaliação e junto conosco pudesse sugerir (Ametista).

A informalização do processo avaliativo é explicitada nas seguintes falas:

informalmente, nada assim de chegar e conversar, tem que ser assim ou está bem (Esmeralda);

eu até tentei, quando assumi a chefia, solicitar que eles avaliassem, durante as reuniões. Mas acho que eles não têm maturidade para fazer isto. "Ah! Está bom". Não é realizada uma avaliação, com pontos positivos e negativos, juntamente com sugestões (Diamante);

no meu setor, não posso me queixar, os enfermeiros são muito participativos, estamos dividindo bem mais. Muita coisa a gente está conseguindo descentralizar, dividir, partilhar e está sendo bem melhor. A solidão que eu sinto é frente à direção, que muitas vezes nos trata como se não nos conhecesse e nos questiona condutas, que inclusive já estão normatizadas na instituição (Topázio).

O exposto até aqui, se solidifica por meio do mesmo aspecto encontrado no relatório do VTM, Hospital 2 (LEITE e FERREIRA, 1997b, p. 46), mostrando a

importância de se estabelecerem mecanismos permanentes e eficientes de avaliação dos trabalhos realizados e dos processos relacionais do grupo, possibilitando a busca constante de aprimoramento pessoal e profissional. Trata-se de tornar vivos os instrumentos de avaliação já estabelecidos na Diretoria de Enfermagem, tornando-os não como mecanismos de controle e fiscalização, mas como momentos de reflexão madura dos processos organizacionais.

O mesmo relatório aponta, ainda, que a formalização do papel gerencial deve favorecer ainda uma outra diferenciação essencial: a diferenciação entre a vida pessoal e a vida profissional. Desta forma, a gerente, ciente de sua função, terá mais liberdade de

posicionar-se sem ter a necessidade de agradar e atender a todos, mas deixando claro, para a equipe, os papéis, as regras e as expectativas que orientam o trabalho coletivo.

Em meio a esta discussão surgem alguns exemplos de privilégios a algumas pessoas (médicos ou outras categorias de funcionários), gerando reações de revolta no grupo, o qual questiona sempre a enfermeira, que acaba se envolvendo com um emaranhado de problemas, estes nem sempre oriundos ou relacionados a sua área de competência, denotando as fragilidades presentes na atuação das hierarquias superiores ou até mesmo de outras gerências setoriais:

“mas tu não vais fazer nada?” Na maioria das vezes, nos posicionamos e enfrentamos diversos problemas sem ter o suporte da direção (Ametista);

na verdade isto explicita que temos um cargo para resolver problemas, mas sem poder (Diamante).

Para Foucault (2000, p. 221) “o poder é mais complicado, muito mais denso e difuso que um conjunto de leis (...)”, talvez, por isso, a forma manifesta do poder provoca sempre algumas relações conflitantes, algumas já referenciadas no decorrer deste trabalho. Borenstein (2000, p. 47-8), em seu estudo sobre o poder (à luz de Foucault) da enfermagem no espaço hospitalar, retrata o poder como

luta, afrontamento, relação de força, uma situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa. Não é uma relação unívoca, unilateral. (...) O poder não se exerce por si só; o que há são práticas/relações de poder que ocorrem em toda a estrutura social (...) se manifesta através de gestos, comportamentos, hábitos e discursos estabelecendo os micropoderes, pois não há nada, nem ninguém, que esteja isento de poder (...).

Então, estas relações no ambiente de trabalho, revelam, sim, a presença de múltiplas faces do poder, cuja não explicitação de linhas de condutas, bem como a ausência de atribuições bem delimitadas para cada categoria profissional, abre brechas e lacunas para que categorias política e socialmente mais fortes estabeleçam a forma de conduzir o trabalho, em detrimento do verdadeiro “cliente” da instituição, ou seja, aquele que procura os serviços de saúde, gerando insegurança e profunda insatisfação e até mesmo frustração naqueles que permanecem um tempo bem maior junto ao sujeito do cuidado, as trabalhadoras em enfermagem. Neste sentido, a existência de normas objetivas

e aplicáveis serve para determinar os limites institucionais, respaldando e valorizando aqueles que realizam a árdua tarefa de gerenciar esses serviços.

O grupo explicitou uma série de sugestões que poderiam ser encaminhadas à Direção de Enfermagem, no sentido de fornecer subsídios para o aprimoramento das relações de trabalho na instituição, conforme foi combinado no terceiro encontro. Estas sugestões estão contempladas no Capítulo Conclusões e Recomendações.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

7.1 Síntese dos Resultados

A enfermagem tem tentado, nos últimos anos, subsidiar e sustentar sua prática em referenciais teóricos, com o intuito de transformar a realidade e também criar um espaço profissional respeitado pelos seus integrantes, pelos outros profissionais e pelos sujeitos que procuram atendimento as suas carências de saúde.

Um aspecto relevante, sinalizado neste estudo, diz respeito às questões éticas das relações humanas que se projetam e se apresentam, também, como forma de aprimorar a convivência, baseada no respeito aos outros e na compreensão de que agimos coletivamente, de que somos autônomos até certo ponto e de que necessitamos de outros sujeitos (sujeito trabalhador ou que procura os serviços de saúde) para a evolução completa do processo de trabalho em saúde e do processo de viver como um todo.

Esta concepção, aparentemente simples, torna-se complexa na prática cotidiana, gerando percepções distorcidas e inquietudes no interior dos grupos em questão. Desta forma, o desenvolvimento de uma prática voltada também para as relações estabelecidas no desenvolvimento do processo de trabalho traz a perspectiva de sensibilizar as pessoas envolvidas para uma prática profissional e ética dessas relações.

O presente estudo, além de trazer subsídios para que as enfermeiras pudessem aprimorar as relações das pessoas como integrantes de equipe de trabalho, bem como atualizar as suas identidades profissional e institucional, também levantou diversos

problemas com os quais convivem as trabalhadoras de enfermagem no desenvolver de suas atribuições, como profissionais da área da saúde. Muitas vezes, não depende somente de sua “vontade individual” a resolutividade dos mesmos, mas sim de um conjunto que envolve o sistema formador, a instituição em que atuam e o compromisso de cada profissional que tem no seu trabalho a sua fonte de subsistência, mas também de prazer, contribuindo para dar sentido à sua existência.

As convergências encontradas nos dois hospitais em estudo possibilitaram realizar um diagnóstico da situação relacional existente, e, principalmente, de como é tratado este aspecto no processo de trabalho em enfermagem. Desta forma, tentando sintetizar os vários aspectos encontrados nas quatro dinâmicas estudadas aponta-se aqui, resumidamente, as principais convergências referentes às relações grupais e interpessoais sinalizadas no cotidiano do trabalho em enfermagem nesses hospitais:

- Ausência de um processo formal de inclusão dos profissionais recém-admitidos e mesmo daqueles que são remanejados para outros setores da instituição;
- Tensão e relações conflitantes entre as diversas categorias de enfermagem;
- Descuido da enfermeira gerente com a nova integrante, permitindo e estimulando a instalação de dificuldades relacionais desta com o grupo de trabalho;
- Reprodução de testes (competência, abnegação, precisão, eficiência e urgência de decisão) para legitimar a função do profissional que chega;
- Dificuldade em delimitar o papel gerencial;
- Preconceitos em relação ao exercício da autoridade, o qual, muitas vezes, é confundida com autoritarismo;
- Dificuldade no estabelecimento de limites assertivos nas relações institucionais, resultando em informalidade no exercício profissional;
- Não apropriação, pela enfermeira gerente, do papel gerencial, levando a uma indiferenciação entre as funções atribuídas aos gerentes e às demais enfermeiras da equipe;
- Desformalização e personalização da função gerencial;

- Não delimitação do poder funcional, levando a supervalorização do poder pessoal;
- Tendência a ancorar a autoridade da função nas referências das relações familiares;
- Ausência de uma política institucional que respalde seus gerentes na tomada de decisão, fornecendo linhas de ação uniformes;
- Uso de estratégias femininas de poder;
- As relações no desenvolvimento do processo de trabalho se dão, principalmente, nos contatos bipessoais, comprometendo a unidade grupal;
- Desprofissionalização do gerenciamento, gerando dificuldades para o gerenciamento do cotidiano profissional;
- Isolamento da categoria, ou mais especificamente das equipes, em suas unidades ou setores, por falta de critérios de ação estabelecidos institucionalmente;
- Ausência de definição clara das funções de outras gerências (não de enfermagem), o que faz com que as gerentes de enfermagem assumam funções que não são de sua competência, causando demora nas resoluções; e
- Ausência de mecanismos permanentes e adequados de avaliação das atividades realizadas e dos processos relacionais do grupo.

Além da síntese das convergências encontradas nas instituições em estudo, pode-se ainda elencar alguns dilemas que permearam as discussões estabelecidas durante a coleta e análise dos dados:

- Falta de preparo das enfermeiras com relação ao gerenciamento, principalmente o gerenciamento das relações interpessoais e grupais:

Ficou evidente, ao longo do trabalho, que a formação acadêmica das enfermeiras não preenche muitas das necessidades sentidas na prática, no que se refere a este gerenciamento das relações. A ênfase na área burocrática do gerenciamento, a falta de domínio no trabalho com a equipe e a pouca articulação do referencial teórico com a

prática, podem estar gerando as dificuldades sentidas pela profissional enfermeira ao desenvolver uma de suas principais atribuições – o gerenciamento do trabalho das profissionais da enfermagem.

A esta falta de preparo, pode também ser adicionada a não apropriação, pela enfermeira, desta atribuição, fazendo-a perceber o problema para além de suas possibilidades, como se as questões de comando e, por isso, de controle, não lhe fossem próprias.

- Falta de uma política institucional norteadora das ações desenvolvidas pelos profissionais:

As enfermeiras, ao tentarem estabelecer uma relação coerente com as situações cotidianas de sua prática, ao mesmo tempo em que buscam também uma coerência com as normas profissionais, vêm-se, muitas vezes, reduzidas ao seu ambiente e às suas dificuldades, enfrentando, de forma isolada, a problemática do dia a dia. A política institucional existente não é explicitada aos seus participantes, provocando ações diferenciadas nos vários setores da instituição, como se fosse outra e não parte da mesma. Assim, a enfermeira imerge na sua prática individual, na problemática do seu local de trabalho, estabelecendo estratégias de atuação, muitas vezes inadequadas, criando brechas para gerenciamentos personalistas, posturas autocráticas ou permissivas em excesso, gerando dificuldades no grupo, muitas vezes intransponíveis, por conta das decisões tomadas.

Desta forma, alguns questionamentos surgem frente a esta problemática: por que a política institucional não é discutida pelos integrantes da instituição? Se é discutida, quem a discute? A falta desta “linha mestra” não seria, em parte, a resposta para várias dificuldades institucionais existentes?

- As condições de trabalho a que as enfermeiras com cargo de chefia se submetem, quando assumem, além das funções técnicas do seu setor, o gerenciamento dos recursos materiais, estruturais e das pessoas que ali se inserem, são inadequadas ao real papel de um gerente. Fica claro, no decorrer de todo o trabalho, e, até mesmo, no número de pessoas que participaram desta proposta no Hospital 1, que o gerenciamento das

relações interpessoais e grupais não é priorizado na Instituição. O gerenciamento é, na maioria das vezes, visualizado como uma ação burocrática e, desta forma, pesada e desinteressante. Se ainda somarmos a baixa recompensa financeira atribuída à função nas instituições públicas, o panorama fica, realmente, entristecedor.

- O respeito ao espaço de cada profissional, com delimitação clara das atribuições inerentes a cada função:

A competitividade sempre foi uma característica do ser humano, possuindo vários aspectos positivos e impulsionadores de melhorias. Mas, muitas vezes, a competitividade pode ultrapassar estes limites, ocasionando sérios problemas de relacionamento e inibindo o crescimento coletivo do grupo de trabalho. É importante salientar, também, que a questão do espaço institucional a ser ocupado pela profissional deveria seguir preceitos éticos de respeito ao espaço do outro e a sua individualidade.

- Formalização do processo de inclusão das profissionais na instituição:

A profissional, por ocasião de sua inclusão no ambiente de trabalho, ou mesmo quando é transferida de um local para outro, dentro da instituição, não segue um cronograma de inclusão que lhe proporcione conhecer aspectos institucionais essenciais para o desenvolvimento do seu trabalho, ocasionando, muitas vezes, sérias dificuldades a sua ambientação, ou até mesmo a sua exclusão desse processo, não somente na forma de desistência do trabalho, mas também na forma de não comprometimento com o processo de trabalho, com prejuízo para todos.

- Ausência de um processo de avaliação:

No transcorrer de muitas das ações desenvolvidas pela enfermagem e por outras profissões do setor saúde, não se estabelecem projetos de avaliação das mesmas, gerando desconhecimento do desempenho alcançado. A ausência de “feedback”, seja da clientela ou da equipe, impede que as gerenciadoras do processo de trabalho em enfermagem possam, realmente, avaliar a sua gestão.

A avaliação, não no sentido de rigidez e inflexibilidade, mas de compreensão e possibilidades de aprendizagem na perspectiva de mudança e transformação, assume um

caráter diagnóstico e, por consequência, provoca a necessidade de retroalimentação. Por isso, não pode ser feita em um momento apenas, é um processo que atravessa todas as dimensões do trabalho de enfermagem, é um processo crítico, reflexivo, devendo ser realizado planejada e regularmente.

Outros dilemas podem ser levantados a partir das reflexões realizadas, mas, com certeza, os até agora relatados, de uma certa forma trazem uma síntese do vivido, pois já sinalizam muitas das dificuldades presentes no cotidiano de trabalho. Espera-se que com estas contribuições possam ser criadas alternativas de enfrentamento dos mesmos.

7.2 As contribuições dos referenciais filosóficos e teórico-metodológicos para o aprimoramento do processo relacional na enfermagem

O ponto central abordado nesta Dissertação se referiu às relações interpessoais e grupais estabelecidas no interior do processo de trabalho em enfermagem. Desta forma, além de buscar convergências, no sentido de confirmar e referendar os achados no Hospital I e ampliar a abrangência da análise para outras instituições, tinha-se também como objetivo contribuir com um referencial que oportunizasse às profissionais de Enfermagem, a apreensão de alguns aspectos presentes no cotidiano relacional no trabalho da enfermagem, com enfoque nas necessidades interpessoais, aqui representadas por quatro fases, ou seja, de inclusão, controle, ajustamento e separação-avaliação.

A contribuição fornecida pelos referenciais utilizados, principalmente a Teoria Sócio-Humanista e o Sistema de Aprendizagem Vivencial, foram definitivas no sentido de permitir um entendimento acerca da temática relações interpessoais e grupais no processo de trabalho da enfermagem, bem como possibilitou realizar um intenso exercício de repensar o cotidiano de trabalho.

Neste sentido, ao procurar uma teoria que fornecesse subsídios para desenvolver este estudo, encontrou-se na Abordagem Sócio-Humanista para um “Modo de Fazer” o Trabalho da Enfermagem a sustentação necessária para entender como se desenvolve o processo de trabalho em Saúde e Enfermagem, como forma de promover o debate e a reflexão acerca da Enfermagem como profissão, bem como a inserção das enfermeiras como gerenciadoras deste processo.

De nada adiantaria discutir acerca das relações no trabalho se anteriormente não se buscasse aprofundar a compreensão dos elementos que compõem o processo de trabalho como um todo. Neste sentido, o referencial adotado da Teoria Sócio-Humanista, sustentou não somente o momento específico de discussão relativo ao processo de trabalho (segundo encontro), mas permeou todas as discussões posteriores, quando se tentava elucidar papéis e funções das enfermeiras no gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem.

Complementando o suporte teórico, o Sistema de Aprendizagem Vivencial, se integrou perfeitamente à Teoria Sócio-Humanista, pois possibilitou o suporte filosófico e teórico-metodológico das Dinâmicas das Relações Grupais, subsidiando a sustentação teórica, o planejamento, a organização e a implementação dos encontros vivenciais, que foram a base de todo este trabalho.

Ao utilizar dois referenciais teóricos, foi possível ancorar e integrar as relações interpessoais e grupais ao processo de trabalho como um todo, a partir da identificação dos seus elementos constituintes, quais sejam, a finalidade, o objeto, os instrumentos e a força de trabalho, buscando com as percepções já existentes sobre a temática, uma redefinição, ou pelo menos, a geração de inquietudes frente a essas percepções.

Ao refletir acerca da práxis em enfermagem, foi possível associá-la aos processos de treinamento e de desenvolvimento necessários à aprendizagem, que para Leite e Ferreira (1999, p. 01) são

uma permanente assimilação de novas informações, mas de modo indissociável à sua constante resignificação e reapropriação subjetiva, resultando na construção e atualização da identidade pessoal e profissional de cada um, na percepção de sua inserção nas comunidades e instituições e, de modo mais amplo, de sua inclusão social,

possibilitando a criação de novo significado às ações desenvolvidas, ao mesmo tempo em que abriu perspectivas para novas formas de atuação.

Assim, a proposta desenvolvida com as enfermeiras com cargo de chefia, proporcionou reflexões por meio das experiências vivenciadas pelas mesmas e pelo seu

grupo de trabalho, buscando a sensibilização num processo de ensino-aprendizagem, aqui denominado dinamização de aprendizagem. Este processo, concomitantemente à apresentação do referencial teórico escolhido, trouxe situações cotidianas, e, baseadas nelas, foi possível refletir acerca do referencial e sua aplicabilidade. Após a transposição deste objetivo, continuou-se identificando situações restritivas ao aprimoramento das relações no processo de trabalho em enfermagem, ou seja, pôde-se, na prática, exercitar o que recomendam Leite e Ferreira (2001) sobre os *Processos Coletivos de Aprendizagem*, cuja configuração foi apresentada no Capítulo 3 dessa Dissertação.

Com a identificação das convergências, foi possível referendar os vários aspectos sinalizados no primeiro momento deste estudo, ao mesmo tempo em que se evidenciou que a realidade dos dois hospitais em estudo pode ser vivida em outros ambientes institucionais. Foi possível também compreender a importância da articulação teoria e prática, ou seja, a academia e as instituições prestadoras de assistência à saúde, como responsáveis pela formação permanente de seus futuros e atuais profissionais, na busca do aprimoramento pessoal, profissional e institucional.

Neste sentido, o trabalho ora apresentado tem características essenciais de um processo educativo (até porque utilizou o Sistema de Aprendizagem Vivencial), no qual, por meio do referencial teórico utilizado, buscou-se instrumentalizar as enfermeiras no que se refere aos aspectos relacionais presentes no processo de trabalho desenvolvido.

Promoveu, também, a ressignificação e atualização dos seus processos de trabalho, a partir da apreensão do seu conteúdo teórico, a partir de sua prática profissional, resultando, desta forma, na possibilidade de reflexão de novas formas de fazer, comprometidas com o real papel da enfermeira com cargo de chefia.

Este processo educativo oportunizou, então, às participantes, um processo coletivo de aprendizagem, a partir da possibilidade de se apropriarem das reflexões realizadas e transformá-las em conhecimento, abrindo-se para conhecer e reconhecer o vivido, reorganizarem este novo conhecimento e estarem abertas para viver outros processos relacionais coletivos e individuais, como retrata Ametista:

foi um momento de parada, e apesar de, em muitos momentos, parecermos um “poço de lamentações”, foi também um desabafo, um momento de sentarmos e de vermos que não estamos sozinhas, de que em outro local as pessoas têm as mesmas dificuldades que nós, que trabalhar com as pessoas é difícil e que precisamos de conhecimento para isto. Eu quero agradecer pelo trabalho que tu realizaste conosco, pela tua disponibilidade, de vir de longe e agradecer por tu teres nos escolhido e oportunizado este momento. Tem coisas que até a gente já sabe, mas não pára para pensar ou dar encaminhamentos. Acrescentou muito.

É importante salientar que este processo vivido não se encerra com a finalização desta dissertação. É necessário ainda cumprir uma outra etapa, qual seja, a devolutiva às enfermeiras que participaram do estudo, trazendo as reflexões realizadas, bem como as convergências encontradas nos relatórios do Programa VTM, apontando que tanto as enfermeiras do Hospital 1 como as enfermeiras do Hospital 2, ou de tantos outros hospitais, vivem e convivem com situações cotidianas comuns e não isoladas, ao contrário do que possa parecer. Esta assertiva reforça o que muitas vezes foi dito neste estudo sobre a necessidade de a enfermagem aprimorar o seu cotidiano relacional com o auxílio de referenciais que permitam encontrar estratégias profissionais de enfrentamento aos mais diversos conflitos existentes nesta área.

7.3 Recomendações

Ao sistema formador

Considerando que:

- ✓ as cursos de Graduação em Enfermagem são responsáveis pela promoção de um ambiente de aprendizado que sirva de suporte para o futuro profissional desenvolver suas funções;
- ✓ os currículos devem estar condizentes e em equilíbrio com os valores e necessidades daqueles que buscam os serviços de saúde, das futuras profissionais, bem como da instituição responsável pela objetivação dos diversos processos de trabalho em saúde;
- ✓ no decorrer dos tempos, a partir das diversas acomodações ocorridas no interior do processo de trabalho em saúde, coube à enfermeira, além do gerenciamento do processo de

trabalho da equipe de enfermagem, o gerenciamento e organização das estruturas físicas e dos diversos materiais e equipamentos que os demais profissionais em saúde utilizam, como também a mediação entre o sujeito do cuidado e seus familiares e acompanhantes com toda a estrutura institucional organizada para atendê-los;

Recomenda-se que:

- se oportunize, no decorrer do processo de formação das futuras enfermeiras a integração das questões gerenciais às assistenciais aos currículos, buscando ampliar a apreensão desses temas numa visão crítica, atualizando os referenciais que envolvem tanto a temática das relações interpessoais e grupais no processo de trabalho em saúde e enfermagem como também os demais, entre eles as teorias administrativas e assistenciais, possibilitando, dessa forma, um preparo crescente e evolutivo, que culminaria com a disciplina que engloba os conteúdos apreendidos no decorrer do curso e mais profundamente as questões gerenciais, geralmente denominada Administração da Assistência de Enfermagem, na qual, no mínimo por um semestre, o graduando teria a oportunidade de realizar um exercício acadêmico que o preparasse adequadamente para o exercício profissional.

Ao sistema profissional

Considerando que:

- ✓ as competências, tanto da academia quanto do sistema profissional, se interligam e se completam, de forma a justificar a assertiva de que cada um tem a sua parcela de comprometimento no processo de formação (que se inicia na academia, mas não se completa) como no de atualização e aperfeiçoamento das profissionais em enfermagem;

- ✓ em diversos momentos, o grupo de enfermeiras do Hospital 1 que participou do estudo, esteve empenhado em ver a sua realidade institucional transformada, trazendo, neste sentido, várias sugestões e encaminhamentos no sentido de fornecer subsídios para o aprimoramento das relações de trabalho na instituição;

✓ as convergências encontradas entre as duas instituições estudadas permitem inferir que há necessidade de atualização das identidades profissional e institucional das enfermeiras que aí atuam, e conseqüentemente, transformação de sua práxis;

Recomenda-se a:

- elaboração de um manual/guia sobre a filosofia da instituição, que seja acessível a todos que ali trabalham ou são atendidos;
- programação específica para a inclusão dos “novos” membros no grupo;
- criação de um grupo de facilitadores para receber o novo integrante, fazendo a sua integração à instituição durante o período que seja necessário;
- aproximação da Direção de Enfermagem com os profissionais da Enfermagem, por meio de reuniões semestrais, por exemplo, para expor diretrizes, ouvir opiniões e sugestões, e de visitação periódica aos diversos setores, como forma de maior envolvimento e conhecimento de cada área;
- criação de momentos, nas diversas unidades, para reflexões que visem a mudanças na vida institucional;
- elaboração da política institucional, cujas orientações possam subsidiar e respaldar as gerentes na tomada de decisão;
- avaliação periódica da política institucional, principalmente pelos gerenciadores, de forma a respaldar o trabalho desenvolvido;
- homogeneização, na medida do possível, nas decisões em todos os setores da instituição, decisões estas guiadas pela política institucional;
- resgate do papel dos coordenadores e das chefias;
- definição clara dos objetivos de cada setor da instituição;
- promoção de gerenciamento participativo, com estabelecimento de metas e prazos, compartilhando experiências e decisões;
- diminuição da sobrecarga de trabalho das enfermeiras com cargo de chefia, para que possam planejar e executar de forma mais aprimorada o gerenciamento;

- manutenção e contínuo aprimoramento dos processos relacionais como forma de melhorar a assistência prestada;

- valorização do sujeito trabalhador, com implementação de programas de manutenção da sua saúde, programas de educação no trabalho, estímulos objetivos, em forma de auxílio financeiro e liberação do trabalho, para a participação efetiva dos funcionários em treinamentos, cursos, congressos, entre outros;

- realização de encontros que retomem os debates acerca do processo de avaliação, de forma a favorecer o aprendizado acerca da temática, já que a grande maioria dos profissionais não está preparada para avaliar e ser avaliada;

- realização de um programa específico, com o auxílio de consultoria externa, com o objetivo de fazer um diagnóstico da realidade, no que se refere às relações desenvolvidas no processo de trabalho em saúde, com vistas ao equilíbrio das forças institucionais envolvidas no alcance dos objetivos inerentes à filosofia institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYALA, E. Z.; LAMEIRA, J. C. Considerações básicas sobre pesquisa. In: **Cadernos do CPGE**. Santa Maria, n.12, 1989.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 1996.

BORENSTEIN, M. S. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3 p. 42-53, Ago./Dez. 2000.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de Enfermagem**. Pelotas: Universitária, 1998.

CAPELLA, B.B. e LEOPARDI, M.T. Teoria sócio-humanista. In: LEOPARDI, M.T. (org.). **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p.137-171.

CHIAVENATO, I. **Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas**. São Paulo: Atlas, 1998.

DEI SVALDI, J.S.; LUNARDI FILHO, W.D. Poder e gerenciamento na enfermagem **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.9, n.3 p. 22-41, Ago. a Dez. 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GAUDENCIO, P. **Men at work como o ser humano se torna e se mantém produtivo**. 8. ed. São Paulo: Gente, 1999.

INFORMATIVO TERMÔMETRO. Hospital Universitário 1. Santa Maria: Gráfica Expressa. Out. 2000.

LEITE, E.; FERREIRA, L. **Roteiro das aulas teóricas: introdução ao sistema de aprendizagem vivencial** (apostila do curso de formação de facilitadores), 1993 b.

_____. **Diagnóstico e mobilização** relatório de avaliação. Vivendo e Trabalhando Melhor Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1996.

_____. **Diagnóstico e mobilização: Dinâmicas do corpo gerencial** relatório de avaliação. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1997 a.

_____. **O processo evolutivo das relações grupais** – referências teóricas e conceituais. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1997 b.

_____. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1997 c.

_____. **Treinamento do papel gerencial** relatório de acompanhamento evolutivo. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1998.

_____. **Método de dinamização de grupos para o desenvolvimento interpessoal e de equipes**. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 1999.

_____. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal** as relações grupais no trabalho de enfermagem. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 2000.

_____. **Reflexões sobre o método vivencial de diagnóstico e intervenção institucional**. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 2001.

LEOPARDI, M.T., GELBCKE, F.L., RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan/abr. 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MASUR, J. **O frio pode ser quente?** São Paulo: Ática, 1991.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. Dissertação Mestrado. Programa da PEN-UFSC. Florianópolis, 2002.

MERCADO, A. G. **Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales**. 3ed. El Colégio de México, 1981.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo** a multiplicação do talento humano. 5.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 9.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

NIETSCHE, E. A. LEOPARDI, M. T. Tipos de trabalho científico. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria, Pallotti, 2001.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO: **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Pelotas: Educat, 2001.

PROCHNOW, A.; CHAGAS, D. R. **Redimensionamento de pessoal**. Santa Maria, 1999. (Mímio)

RELATÓRIO DE ESTATÍSTICA [do] Hospital Universitário 1. Santa Maria, 2002. Anual.

SILVEIRA JÚNIOR, A.; VIVACQUA, G. A. **Planejamento estratégico como instrumento de mudança organizacional**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1996.

SOUZA, H. De **A centopéia que sonhava**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1999.

SCHUTZ, W. **Profunda simplicidade: uma nova consciência do eu interior**. São Paulo: Agora, 1989.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

URBANETTO, J. S. **Gerenciando as relações interpessoais no cotidiano de trabalho da enfermagem.** Santa Maria, 2001a. (Trabalho apresentado à disciplina de Fundamentos da Administração da Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

URBANETTO, J. S. **A busca do aprimoramento das relações interpessoais na enfermagem, sustentada na teoria sócio-humanista e no sistema de aprendizagem vivencial.** Santa Maria, 2001b. (Relatório apresentado à disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) Universidade Federal de Santa Catarina.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis.** 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO
UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Santa Maria, 30 de abril de 2001.

Ilma Sr^a:
Diretora de Enfermagem do Hospital 1

Janete de Souza Urbanetto, enfermeira, vem solicitar a autorização para realizar um estudo junto as enfermeiras-chefes de unidades de internação e unidades especiais deste hospital.

O referido estudo terá como tema: **A busca de aprimoramento das relações sustentada na Teoria Sócio-Humanista e no Sistema de Aprendizagem Vivencial.** Este estudo faz parte do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem.

Outrossim, solicito autorização para divulgação dos dados, com identificação desta instituição, respeitando os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos assegurados pela resolução 196/96 do Ministério da saúde.

Contando com seu apoio, desde já agradeço por esta oportunidade colocando-me a disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Janete de Souza Urbanetto
Enfermeira – COREN 54802/RS

APÊNDICE B
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO
UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente documento declaro que fui informada de forma clara sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao projeto **“A busca do aprimoramento das relações sustentada na Teoria Sócio-humanista e na Teoria das Necessidades Interpessoais”**, apresentada à disciplina Prática Assistencial em Enfermagem, do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem.

Também fui informada ainda:

- dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de obter esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente ao estudo;
- da liberdade de participar ou não do estudo, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- da segurança que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa do estudo;
- da segurança de acesso aos resultados do estudo;

A pesquisa observará, também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar do estudo proposto, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, bem como o uso do gravador e máquina fotográfica.

A enfermeira responsável por esse projeto é Janete de Souza Urbanetto, que está sendo desenvolvido sob a orientação da Profª Drª Enfª Beatriz B. Capella e co-orientada pela Profª Drª Enfª Ana Lúcia Cardoso Kirchhof, tendo esse documento sido revisado e aprovado pela Direção de Enfermagem do Hospital 1, em 30 de abril 2001.

Data: ---- /---- / 2001.

Nome do participante:- ----- Assinatura:- -----

Assinatura do responsável: -----

OBS: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

APÊNDICE C
AVALIAÇÃO DO 4º ENCONTRO

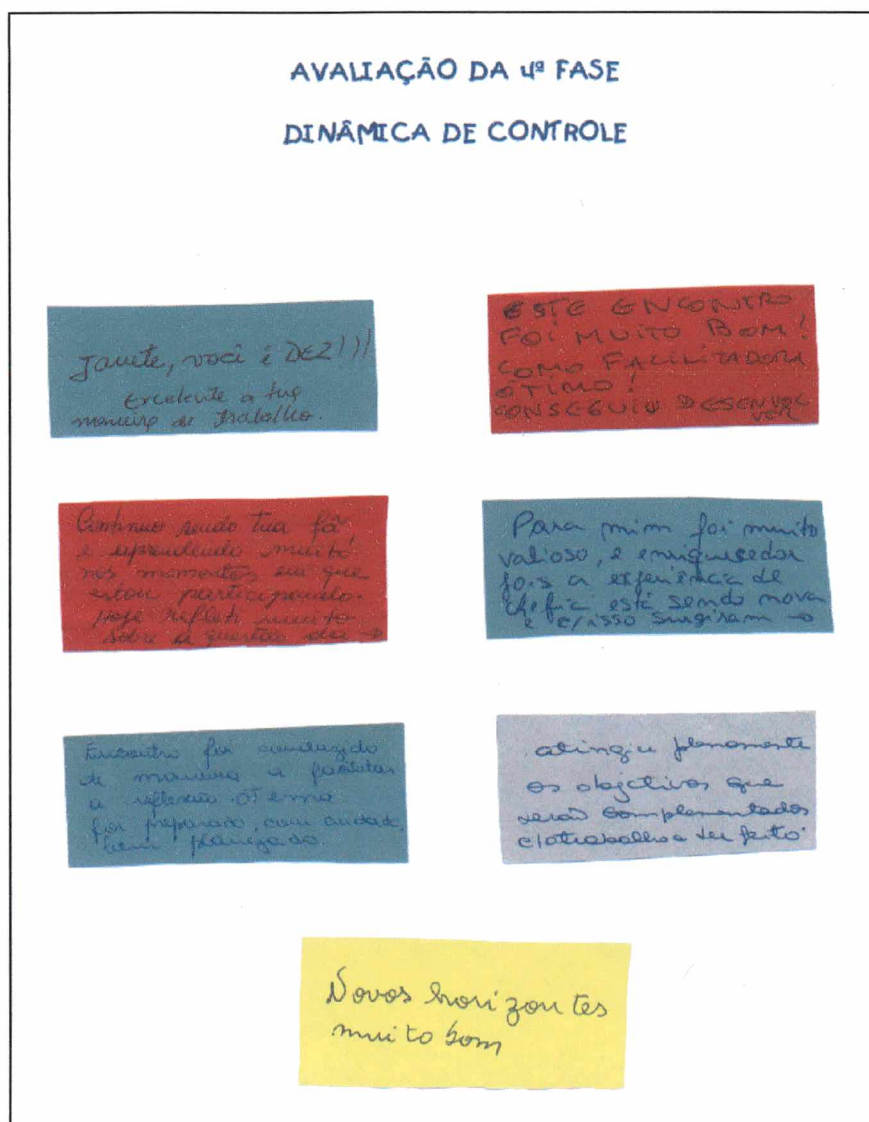


Figura 26 – Avaliação do quarto encontro

APÊNDICE D
MENSAGEM DINÂMICA DE CONTROLE

ESCONDE - ESCONDE

Autor desconhecido

Contam que, certa vez, reuniu-se todos os sentimentos e qualidades dos seres humanos em algum lugar da Terra.

Quando o ABORRECIMENTO havia reclamado pela terceira vez, a LOUCURA, como sempre tão louca propôs:

-Vamos brincar de esconde – esconde?

A INTRIGA levantou a sobrancelha, intrigada, e a CURIOSIDADE sem poder conter-se, perguntou:

-Esconde – esconde? Como é isso?

É um jogo, explicou a LOUCURA, em que eu fecho os olhos e começo a contar, de um a um milhão, enquanto vocês se escondem.

Quando tiver terminado de contar, o primeiro de vocês que eu encontrar ocupará meu lugar para continuar o jogo.

O ENTUSIASMO dançou, seguido pela EUFORIA. A alegria deu tantos saltos que acabou por convencer a DÚVIDA e até mesmo a APATIA que nunca se interessava por nada.

Mas, nem todos quiseram participar: a VERDADE preferiu não esconder-se. “Para quê, se no final todos me encontram?”- pensou.

A SOBERBA opinou que era um jogo muito tolo (no fundo, o que a incomodava era que a idéia não tivesse sido dela!) e a COVARDIA preferiu não se arriscar.

-Um, dois, três, quatro,..., começou a contar a LOUCURA.

A primeira a esconder-se foi a PRESSA que, como sempre, caiu atrás da primeira pedra do caminho. A FÉ meteu-se numa igreja e a INVEJA escondeu-se atrás da sombra do TRIUNFO, que com esforço próprio tinha conseguido subir na copa da árvore mais alta.

A GENEROSIDADE quase não conseguiu esconder-se, pois cada local que encontrava lhe parecia maravilhoso para algum de seus amigos: se um lago cristalino Ideal para BELEZA. Se a copa de uma árvore, perfeito para a TIMIDEZ. Se o vôo de uma borboleta, o melhor para a VOLÚPIA. Se uma rajada de vento, magnífico para a LIBERDADE. E, assim, acabou escondendo-se em um raio de sol.

O EGOISMO, ao contrário, encontrou um lugar muito bom desde o início. Ventilado, cômodo, mas apenas para ele.

A MENTIRA escondeu-se no fundo do oceano (mentira, na realidade, escondeu-se atrás do arco-íris!). A PAIXÃO e o DESEJO, no centro dos vulcões. O ESQUECIMENTO... não me recordo onde escondeu-se, mas isso não é o mais importante.

APÊNDICE E
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

1. Esta experiência representa uma possibilidade de aprimoramento das relações no interior do processo de trabalho?

sim não

Porquê?.....
.....
.....
.....

2. Suas expectativas em relação a esta pratica foram:

superadas atendidas plenamente
 atendidas razoavelmente pouca atendidas
 não atendidas

Justifique sua resposta:
.....
.....
.....
.....

3. Relacione aspectos insatisfatórios da prática realizada:

.....
.....
.....
.....

4. Relacione elementos de satisfação com a prática:

.....
.....
.....
.....

5. Quais as aprendizagens mais significativas que você realizou nesta prática?

.....
.....
.....
.....

Fique a vontade de colocar outras observações que sentir necessidade:

.....
.....
.....
.....