

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

A PASSAGEM DE PLANTÃO
NO CONTEXTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

ROSANI RAMOS MACHADO

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

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES

Florianópolis, julho de 2002

11 DE JULHO DE 2002
A PASSAGEM DE PLANTÃO
NO CONTEXTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

ROSANI RAMOS MACHADO

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

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 11 de julho de 2002, atendendo às normas de legislação da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Prof. Dr.^a Denise E. Pires de Pires
(Coordenadora do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Denise E. Pires de Pires
(Presidente/Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Denise Guerreiro V. da Silva
(Membro)

Prof. Dr. Jonas Salomão Sprícigo
(Membro)

Prof.^a Dda. Kenya S. Reibnitz
(Membro Extra em Formação)

Prof.^a Dr.^a Maria Itayra Coelho de S. Padilha
(Membro Suplente)

Não posso investigar o pensar dos outros, referido ao mundo se não penso. Mas, não penso autenticamente se os outros também não pensam. Simplesmente, não posso pensar pelos outros nem para os outros, nem sem os outros. A investigação do pensar do povo não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar. E se seu pensar é mágico ou ingênuo, será pensando o seu pensar, na ação, que ele mesmo se superará. E a superação não se faz no ato de consumir idéias, mas no de produzi-las e de transformá-las na ação e na comunicação (FREIRE, 1983, p. 119).

Dedicatória

*Dedico esta dissertação ao meu filho **João Vitor Ramos Machado** e ao meu marido **Devanir G. da Silva Machado**. Sem o amor e a infra estrutura doméstica proporcionada por eles a conclusão deste trabalho teria sido mais árdua.*

Agradecimentos

*Agradeço, de modo especial, à **Dra. Denise Pires** pela sua competência científica, pela sensibilidade, e finalmente pela sua clareza de raciocínio que fez com que tudo parecesse mais simples;*

À coordenação, professores e funcionários do curso de mestrado da UFSC;

*À minha mãe **Jandira Maria da Silva Ramos** que me deu a vida e foi a responsável pela minha educação;*

*Ao meu pai, **Otávio Ramos**, que sempre suavizou meu caminho;*

*À **Cristina Koerig Salvador** por sua disponibilidade e por facilitar muito minha pesquisa de campo;*

*Aos meus colegas de mestrado que sempre foram companheiros e solidários, em especial **Eliani Costa** e **Magda Santos Koerich**, cujo coleguismo transformou-se numa doce e verdadeira amizade;*

*Aos **entrevistados**, cujas falas permitiram as descobertas e preciosos indícios para a construção desta dissertação;*

*À **Kenya S. Reibnitz** por sua disponibilidade, amizade e empréstimo de vários livros.*

Resumo

Este estudo analisa a passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem, com base em pesquisa realizada em um hospital público de Santa Catarina. Teve por objetivos: compreender a realidade atual da passagem de plantão no contexto do processo de trabalho de enfermagem, a partir da percepção dos trabalhadores de enfermagem e identificar aproximações da forma como esta atividade é realizada com as características do trabalho profissional ou com a fragmentação taylorista. O processo de trabalho, segundo a ótica do materialismo histórico dialético e a educação crítica de Paulo Freire, constituíram-se no referencial teórico do estudo. Trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial, nos termos formulados por Trentini e Paim (1999), sendo que os dados foram coletados através de entrevista, observação, estudo documental, e reflexão coletiva em um grupo focal. As entrevistas e o grupo focal foram realizados com trabalhadores de enfermagem. Participaram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que aceitaram participar do estudo, envolvendo 14 pessoas. Acrescentou-se ainda, dados que foram obtidos em entrevistas realizadas com duas lideranças de enfermagem da instituição. Os dados foram organizados em duas categorias básicas: **entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho; fatores que interferem no processo de trabalho** - aspectos positivos e negativos da realidade atual, considerando-se a organização, condições e relações de trabalho. A importância da passagem de plantão aparece nas falas de vários dos integrantes da pesquisa, acompanhadas de múltiplos fatores, que tornam a passagem de plantão insatisfatória. O estudo aborda estas intercorrências consideradas críticas na passagem de plantão pelos trabalhadores como: interrupções, ruídos, trânsitos de pessoas não pertencentes a equipe de enfermagem, local inapropriado e outras que podem prejudicar a comunicação neste momento da assistência de enfermagem. Os resultados evidenciaram que: a comunicação ainda é frágil na passagem de plantão, mas não foi um dos fatores considerados críticos pelos sujeitos da pesquisa; apresenta muitos defeitos em todos os elementos do processo comunicativo; apresenta linguagem inadequada; não está baseada na filosofia da enfermagem, priorizando o sujeito hospitalizado como centro das atividades; há uma sub-utilização e pouca valorização deste espaço destinado à passagem de plantão. O estudo evidenciou, também, que na passagem de plantão a enfermagem apresenta, simultaneamente, características de atividade profissional com características de trabalho taylorista. Também sugere que para ocorrer a superação da “situação-limite” passagem de plantão deve-se: aumentar progressivamente a relação entre trabalho equilibrante e trabalho fatigante; instalar um processo de mudança c/ integração de novas práticas no cotidiano; propiciar mecanismos que garantam a implementação de mudanças; criar espaços de reflexão sobre os problemas do mundo do trabalho e o trabalho em saúde e enfermagem; discutir o processo de trabalho em saúde, tendo como eixo norteador os elementos do processo de trabalho; discutir as práticas que reforçam o trabalho alienado e fragmentar e fortalecer as que se aproximam do trabalho profissional, criativo e emancipador; criar mecanismos que facilitem a educação permanente dos trabalhadores e propiciar um ambiente físico que proporcione uma troca entre o sujeito hospitalizado e trabalhadores.

Palavras-chave: passagem de plantão; enfermagem; trabalho.

Abstract

This study analyzes shift changes in the context of the work process in nursing, based on research carried out at a public hospital in Santa Catarina. Its objectives were to understand the current reality of shift changes in the context of the nursing work process, through the perception of nursing professionals, and to identify whether the manner in which this activity is carried out comes closer to characteristics of professional work or to Taylorist fragmentation. The theoretical reference for this study is the work process according to Paulo Freire's dialectic historical materialism and critical education viewpoint. This is an assistant-convergent study, in the terms formulated by Trentini and Paim (1999), and the data were collected through interviews, observation, document study and collective reflection in a focus group. The interviews and the focus group were carried out with nursing professionals, consisting of nurses, technicians and nursing assistants. These participants accepted to be in the study and totaled 14 people. Data were also obtained from interviews carried out with two nursing managers at the institution. The data were organized into two basic categories: **comprehension of shift changes and their importance in the work process; and factors that interfere in the work process** – positive and negative aspects of current reality, considering organization, and working conditions and relations. The importance of shift changes is made evident through the speech of several study participants, but is always accompanied by multiple factors that render shift changes unsatisfactory for everyone. This study deals with such incidents, which professionals consider to be critical in shift changes, such as: interruptions, noise, traffic of people who are not part of the nursing team, inappropriate locations and other factors that can hinder communication during this stage of nursing assistance. The results of this study led to the following conclusions: communication is still fragile during shift changes, yet the subjects of the study did not consider it to be a critical factor; communication is deficient regarding all elements of the communicative process; inappropriate language is used; the process is not based on the philosophy of nursing, which prioritizes hospital patients as the center of activity; and the space dedicated to changing shifts is underused and little appreciated.

The study also made it clear that during shift changes, nursing simultaneously presents characteristics of both professional activity and Taylorist work. This study also suggests that in order to resolve the “breaking point situation” regarding shift changes, the following changes must be made: a progressive increase of the relation between balanced work and exhaustive work; implementation of a change process, integrating the new practices into daily routines; provision of mechanisms to ensure the implementation of changes; creation of space in which professionals can reflect on the problems of the working world and work in health and nursing; discussion of the process of work in nursing, based on the elements of the work process; discussion of the practices that reinforce alienating and fragmented work and the strengthening of the ones that come closer to professional, creative and liberating work; creation of mechanisms for facilitating ongoing worker education and a physical space that leads to an exchange between hospital patients and workers.

Key-words: shift changes; nursing; work.

Title: Shift changes in the context of the work process in nursing.

RESUMEN

Este estudio analiza el traspaso de turno en el contexto del proceso de trabajo en enfermería a partir de una investigación realizada en un hospital público de Santa Catarina. Tuvo como objetivos: comprender la realidad actual del traspaso de turno en el contexto del proceso de trabajo en enfermería a partir de la percepción de los trabajadores de enfermería e identificar aproximaciones de la forma en que esta actividad es realizada, según las características del trabajo profesional o según la fragmentación taylorista. El proceso de trabajo, según la óptica del materialismo histórico dialéctico y la educación crítica de Paulo Freire, constituyeron el referencial teórico del estudio. Se trata de una investigación convergente-asistencial, en los términos formulados por Trentini y Paim (1999); los datos fueron colectados mediante entrevista, observación, estudio documental y reflexión colectiva en un grupo focal. Las entrevistas y el grupo focal fueron realizados con trabajadores de enfermería. Participaron enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que aceptaron participar en el estudio, para un total de 14 personas. Los datos fueron organizados en dos categorías básicas: **comprensión del traspaso de turno y su importancia en el proceso de trabajo; factores que interfieren en el proceso de trabajo**-aspectos positivos y negativos de la realidad actual, considerando la organización, condiciones y relaciones de trabajo. Los resultados evidencian que: la comunicación todavía es frágil en el traspaso de turno. El traspaso de turno se realiza cada vez más con: menos profesionales de enfermería; ausencia de profesionales de otras áreas lo que limita la interdisciplinaridad y la atención al cliente de forma holística (según discurso); las informaciones ofrecidas son disuasivas y superficiales; las orientaciones comunicadas enfatizan más el “ como hacer ” que el “ porque hacer ” ; desvalorización del intercambio persona-persona; no se hace énfasis en el cuidado humano y el enfermero aprovecha poco este espacio para ejercer liderazgo y construir lazos emocionales y objetivos. El estudio evidenció también, que en el traspaso de turno la enfermería presenta simultáneamente características de actividad profesional y características de trabajo taylorista. También sugiere que para ocurrir la superación de la “ situación-límite ” del traspaso de turno se debe: aumentar progresivamente la relación entre trabajo equilibrante y trabajo fatigante; implementar un proceso de cambio con integración de nuevas prácticas en lo cotidiano; propiciar mecanismos que garanticen la implementación de cambios.

Palabras-clave: Traspaso de turno; enfermería; trabajo.

Título: El traspaso de turno en el contexto del proceso de trabajo en enfermería .

SUMÁRIO

1 DA VIVÊNCIA PROFISSIONAL AOS OBJETIVOS	10
1.1 Justificativa e apresentação do estudo	10
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivos específicos	14
2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A PASSAGEM DE PLANTÃO.....	15
3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	19
3.1 Processo de trabalho em saúde e em enfermagem e a passagem de plantão.....	19
3.1.1 O trabalho nos serviços de saúde.....	21
3.1.2 O trabalho em enfermagem.....	24
3.1.3 A enfermagem como profissão.....	27
3.1.4 O trabalhador como centro do processo de produção: subjetividade, condições objetivas e saúde	31
3.2 O processo de comunicação.....	33
4 METODOLOGIA	41
4.1 Contextualizando o ambiente da pesquisa	41
4.2 Coleta de dados	44
4.2.1 Os sujeitos entrevistados.....	44
4.2.2 Os procedimentos	45
4.3 Análise dos dados	52
4.4 Aspectos éticos.....	54
5 RESULTADOS	56
5.1 O hospital onde foi desenvolvida a pesquisa	56
5.1.1 Caracterização geral do hospital.....	56
5.1.2 As unidades estudadas	60
5.2 O trabalho da enfermagem na instituição	66
5.3 A passagem de plantão	68
5.3.1 A coordenação da passagem de plantão e a participação dos envolvidos.....	70
5.4. As reflexões dos trabalhadores de enfermagem sobre a passagem de plantão	73
5.4.1 Entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho.....	73
5.4.2 Fatores que interferem na passagem de plantão e no processo de trabalho.....	80

6 A PERCEPÇÃO SOBRE A PASSAGEM DE PLANTÃO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	91
7 AS DIFICULDADES DO REPENSAR CRÍTICO.....	98
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
9 ANEXOS.....	118

1 DA VIVÊNCIA PROFISSIONAL AOS OBJETIVOS

1.1 Justificativa e apresentação do estudo

Minha trajetória profissional na área de enfermagem propiciou-me uma convivência com a passagem de plantão, descrita, de uma forma geral, como uma atividade que reúne duas equipes de trabalho de turnos diferentes, a que inicia e a que termina o plantão, tendo como objetivo assegurar o fluxo de informações ocorridas nos três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite, assegurando a continuidade dos cuidados e tratamentos dos pacientes (JORGE, 1974; FENILI, 1996; MAGALHÃES et al., 1997; CAMARGOS, 1999).

Na academia aprendi a valorizar e perceber a importância da passagem de plantão durante o período de estágios curriculares, nos quais desenvolvíamos atividades teórico-práticas sob orientação de um professor.

Durante quatorze anos atuei como enfermeira-assistencial, prestando assistência direta ao cliente internado em unidades hospitalares e entendia a passagem de plantão como um elo importante para a manutenção da continuidade da assistência de enfermagem.

Contudo, minha observação indica que a prática dos enfermeiros se distancia bastante de seus discursos como alunos, quando criticavam o desempenho do enfermeiro das unidades assistenciais. Em tempo bem curto, estes profissionais se adaptam às rotinas da instituição e a teoria e o discurso da academia perdem-se no dia-a-dia, uma vez que os integrantes da

instituição se encarregam de transmitir os padrões de comportamento esperados para os recém-admitidos¹.

A admissão do pessoal de enfermagem ocorre através de concurso público ou por processos seletivos próprios (filtro) de cada empresa. Em ambos os casos, para que o ingresso ocorra, há uma filtragem que escolhe as pessoas que poderão trabalhar na instituição. As instituições criam as “conservas culturais”², ou seja, selecionam aqueles que desejam pertencer a elas. Um exemplo é o processo de seleção de pessoal, através dos departamentos de recursos humanos. É muito pouco provável que sejam usados critérios muito diferentes dos que foram utilizados para a admissão dos responsáveis pelo processo seletivo, pois as organizações têm tendência ao conservadorismo (MARCONDES, 1997).

A formatação do novo trabalhador na organização começa a se manifestar quando ele tenta emitir sua opinião, descomprometidamente, e é logo lembrado por seus pares que “nesta empresa, pato novo voa baixo” ou “p’ra cachorrinho novo, você está entrando muito cedo no mata” (MARCONDES, 1997).

Assim, à semelhança da família, as empresas vão transmitindo seus valores para seus membros mais novos, de uma maneira informal, para estabelecer os limites para a atuação de seus membros. Com o ajustamento primário³, o recém-admitido começa a cumprir as regras instituídas e percebe que muitas delas não passam de discurso daqueles que estão na instituição. Dá-se então o ajustamento secundário, quando o indivíduo descobre o caminho mais confortável para seguir. Entretanto, as regras do ajuste primário serão reativadas sempre que algum indivíduo ousar desestabilizar a zona de conforto dos membros da instituição (MARCONDES, 1997).

Assim sendo, nas organizações há a criação de uma cultura organizacional que Freitas (199-, p. 7) citando Schein define como

o modelo dos pressupostos básicos, que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas.

¹ Observação comprovada na dissertação de mestrado de Siqueira (1998).

² Entende-se por “conserva cultural”, toda a estrutura formada na sociedade, consciente ou não, que vise a manutenção do *status quo* (MARCONDES, 1997).

³ “A socialização primária é a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual torna-se membro da sociedade. A socialização secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade” (BERGER; LUCKMAN, 1983).

Como docente tenho discutido estes conceitos com os alunos, sempre que eles criticam a atitude dos enfermeiros e dos membros da equipe de saúde. Ressalto que as instituições moldam seus membros, ou quem sabe até, só selecionam quem acham saber, de antemão, não vão se contrapor ao sistema. Saliento a importância de não julgar e levantar determinantes na busca de alternativas que “descongelem” as pessoas inseridas nesse sistema.

É importante ressaltar que o conhecimento, pelos trabalhadores de enfermagem, da existência de culturas diferentes na sociedade, evitaria tratamentos incompletos, discriminação e desrespeito pelas percepções e concepções sobre saúde e doença.

Ao mesmo tempo, as instituições de saúde se afastam das reais necessidades da população e não proporcionam, aos seus trabalhadores, espaços para discussão “que lhes permitam transcender a objetividade de suas ações e a objetivação dos indivíduos que os procuram” (FARIA, 1998, p. 19).

No cotidiano de minha vida profissional, como enfermeira de um hospital pediátrico, o dia-a-dia foi dizimando a importância da passagem de plantão, sem que essa mudança fosse valorizada por mim. Entretanto, quando mudei o foco de minha atuação, vindo a trabalhar em uma Escola Técnica de Saúde, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES), onde atuava como professora na formação de auxiliares de enfermagem e posteriormente como diretora, surpreendia-me a cada passagem de plantão e o que mais me chamava a atenção era o fato de não ter percebido esta deterioração enquanto atuava como enfermeira assistencial.

Só o retorno ao hospital, como docente, além das discussões com colegas e professores, fez com que eu percebesse as falhas rotineiras desta parcela da assistência e passasse a observar com maior clareza falhas significativas em relação a sua continuidade. Ao rever esse momento no processo vivido dentro da instituição hospitalar, levanto como problemas relevantes: falta de clareza no relato dos fatos (gerando ineficácia da mensagem); baixa incorporação de vocabulário técnico⁴; incompreensão da mensagem por desnível sócio-cultural; ausência de enfermeiro na passagem de plantão; a passagem de plantão, muitas vezes, não é coordenada por enfermeiro; local inadequado; baixa participação devido a desinteresse, descompromisso, cansaço, pressa, desvalorização como ato contínuo da assistência; não aproveitamento deste espaço como espaço para educação no trabalho; pouco

⁴Apesar de existirem críticas em relação ao uso do vocabulário técnico, entendo que este é um espaço de atuação de profissionais, onde o uso poderia ser mais acentuado.

tempo para a passagem de plantão. Outro fator que influencia a passagem de plantão é a forma de organização da equipe de enfermagem, ou seja, a maneira como o trabalho é dividido entre a equipe. Quando há divisão por atribuição, a passagem de plantão com o grupo completo possibilita uma percepção mais abrangente em relação ao contexto da assistência, já com a divisão de trabalho na modalidade de assistência integral⁵, os grupos às vezes se isolam e com isso fragmentam o processo de transmissão de informações.

Vivenciando a docência, afastada da cultura hospitalar, me vi assistindo cenas da passagem de plantão como se estivesse em suspensão, assistindo a tudo por uma lente tão mais clara e tão mais cruel. Esta percepção desencadeou a vontade de provocar mudanças e de criar oportunidades de estudo dessa realidade.

Ao buscar bibliografia sobre o assunto, mais uma vez fui surpreendida, ao perceber que a passagem de plantão apresenta os mesmos problemas há muito tempo. Jorge (1974) relata em seu artigo problemas idênticos aos que observo atualmente. A ação de enfermagem na passagem de plantão parece cristalizada em sua forma. Pelo menos, nos últimos vinte e oito anos, desde o observado no artigo citado, esta ação de enfermagem não incorporou novas tecnologias apesar de todo o avanço científico, principalmente na área da saúde e no que tange a novas formas de organização de trabalho.

Iniciei esta pesquisa realizando entrevistas com os profissionais de enfermagem para subsidiar as discussões que foram feitas em um grupo focal no qual eu coletei os dados para a pesquisa com vistas a esta dissertação de Mestrado.

Pelas entrevistas coletei informações sobre a passagem de plantão; como deveria ser; a importância dada a esta ação de enfermagem e os fatores que interferem na passagem de plantão. Também, previamente a realização da reflexão no grupo focal, realizei observações da passagem de plantão, com a mesma intenção de obter subsídios para o grupo citado.

A reflexão crítica centrou-se no que significa a passagem de plantão; como ela se desenvolve na instituição e como esta ação se insere no processo de trabalho da enfermagem.

⁵Segundo Pires (In: LEOPARDI et al., 1999, p. 41) esse modelo conhecido como assistência integral “possibilita uma visão mais global das necessidades do cliente/paciente, tornando o trabalho potencialmente mais criativo”, no entanto, pela minha experiência, no momento da passagem de plantão este modelo também propicia uma separação dos integrantes da equipe de enfermagem, que se acomodam e só recebem as informações referentes ao seu cliente/paciente.

A seguir, destaco a questão de pesquisa e os objetivos, segue de uma revisão de literatura sobre a passagem de plantão e a explicitação do marco teórico referencial que orientou o meu olhar sobre a realidade.

No capítulo 4 apresento a metodologia da pesquisa, contextualizando o ambiente, caracterizando os sujeitos do estudo e descrevendo os procedimentos adotados. E, nos demais capítulos, apresento os resultados desta pesquisa analisando a realidade observada no cenário do processo de trabalho da enfermagem.

Com a dissertação pretendo responder a seguinte questão de pesquisa: **qual a compreensão que os trabalhadores de enfermagem têm sobre a passagem de plantão no contexto do processo de trabalho coletivo da categoria?**

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a realidade atual da passagem de plantão no contexto do processo de trabalho de enfermagem, a partir da percepção dos trabalhadores.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a passagem de plantão realizada pela equipe e suas relações com o conjunto de trabalho coletivo da enfermagem;
- Identificar aproximações da forma que esta atividade é realizada fundamentada nas características do trabalho profissional e na fragmentação taylorista.

2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A PASSAGEM DE PLANTÃO

Esta revisão teve como período de abrangência, as publicações realizadas entre 1974 a 2000, em periódicos de enfermagem⁶, no catálogo do CEPEn – Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, o qual contém os resumos das teses e dissertações elaboradas nos programas de pós-graduação em enfermagem do país. Estabeleci este período com vistas a apreender a percepção recente sobre o tema e porque este período de publicações foi acessível no acervo de periódicos da UFSC e nos sistematizados pelo CEPEn/ABEn.

Organizei a produção encontrada destacando o que os autores entenderam como passagem de plantão, os diversos tipos de passagem de plantão e os aspectos positivos e negativos descritos pelos mesmos em seus estudos. Além disso, elaborei um quadro que caracteriza os estudos feitos pelos diversos autores sobre a passagem de plantão. O quadro destaca, em relação a cada estudo, o objetivo do mesmo e, esquematicamente, o que foi tratado pelo autor e consta no anexo F.

Neste sentido, destaco a visão de Magalhães, de que o hospital como prestador de serviço dispõe de um grande número de profissionais de nível superior que trabalham com múltiplas informações. E que neste sistema, a enfermagem integra o centro de informações em saúde, pois “é o grupo que mantém contato mais direto e contínuo com o cliente, sendo

⁶ Revista Brasileira de Enfermagem (1974-2000); Revista Gaúcha de Enfermagem (1987-2000); Revista Paulista de Enfermagem (1975-2000); Revista Latino-Americana de Enfermagem (1996); Revista Ciências da Saúde / UFSC (1996) e Texto & Contexto Enfermagem.

responsável, portanto, por apreender, perceber, interpretar, observar e avaliar as informações oriundas deste cliente que serão o ponto de partida para os tratamentos de proteção e recuperação da saúde” (MAGALHÃES et al., 1997, p.44). A equipe de enfermagem, além de ser o “depositário das informações relativas ao cliente, [...] também exerce importante papel na integração dos dados de diferentes equipes que assistem ao cliente” (Idem, p. 44).

A passagem de plantão é uma ação de enfermagem baseada na transmissão oral de informações sobre o cliente, sobre o processo de trabalho e sobre outros aspectos do cotidiano assistencial, portanto, envolve comunicação e relações de trabalho. Segundo Stefanelli (1993), cada momento da comunicação é único e não se repete, e apesar da comunicação oral ser um instrumento relevante, a partir do momento em que a mensagem se perde no seu significado, põe em risco a credibilidade da mesma.

Kron (1978) refere que somente uma comunicação eficaz pode propiciar a continuidade da assistência ao paciente e que esta comunicação deve ser sistematizada por escrito em prontuário ou pela transmissão de informações orais e atualização nos vários turnos de trabalho.

Daniel, citada por Magalhães et al. (1997, p.45) afirma que

uma passagem de plantão planejada é uma das partes essenciais da administração eficiente. Apesar de ser uma forma rápida de transmitir, receber e delegar atribuições poderá levar o grupo a funcionar cooperativamente, contribuindo para um melhor atendimento de enfermagem.

Outros autores conceituam a passagem de plantão, com vários graus de abrangência. Para Arreguy-Sena a passagem de plantão é...

uma estratégia descrita nos manuais e rotinas institucionais, implementada pela maioria dos serviços, a qual é capaz de assegurar a transferência de informações e evitar a solução de continuidade dos cuidados necessários aos usuários do sistema de saúde nas 24 horas (ARREGUY-SENA et al., 2001).

Segundo Nogueira é “um mecanismo utilizado pela enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada ao paciente por grupos que se revezam nos distintos turnos de trabalho” (NOGUEIRA et al., 1988, p. 464).

Para Jorge é “o encontro do pessoal que entra com o que sai deveria ter, como primeira finalidade, transmitir informação sobre a situação dos pacientes, para a continuidade dos cuidados de enfermagem” (JORGE, 1974, p. 150).

Segundo Carnio é uma ação que tem como “objetivo assegurar o fluxo de informações entre as três equipes de enfermagem que se sucedem num período de 24h, evitando, desta

forma, que a assistência de enfermagem fique ameaçada em função da troca de pessoal” (CARNIO et al., 1988, p. 426).

Em Fenili (1996, p. 99) “é um dos instrumentos utilizados pela enfermagem para assegurar o fluxo de informações, garantindo, assim, a continuidade e qualidade da assistência”.

Em Oscar (1996, p. 109)

o termo passagem de plantão é empregado para designar o momento em que a equipe de enfermagem se reúne para realizar o relato sobre o estado de saúde de cada paciente, assim como as alterações ocorridas durante o turno e as sugestões para modificações no plano de cuidados.

É um momento em que “a enfermagem resgata os registros efetuados, avalia e corrige ações de assistência, assegurando a continuidade dos cuidados e tratamentos dos pacientes” (MAGALHÃES et al., 1997, p. 43).

Segundo Keretzky et al., citadas por Magalhães et al. (1997, p. 43), passagem de plantão é

O momento em que a equipe de enfermagem se reúne para analisar o estado de saúde de cada paciente e informar as alterações ocorridas com os mesmos durante o turno e, também, atualizar as sugestões para modificação do plano de cuidados. Além disso, este tempo pode ser utilizado, sempre que possível, para discutir assuntos de ordem administrativa que envolvem a unidade assim como um momento de educação continuada.

O conceito mais abrangente a respeito da passagem de plantão apresentado foi o elaborado por Keretzky et al., pois além de entendê-la como um momento de troca de informações em relação ao plano de cuidados do cliente e ao processo de trabalho, refere também, que se trata de um espaço que pode ser utilizado para a educação continuada.

Oscar (1996, p. 110) em um de seus artigos sobre o tema, refere algumas modalidades de passagem de plantão em entidades de saúde americanas quais sejam: 1) a passagem de plantão é passada através de fita cassete em que cada enfermeira grava o relatório sobre o paciente, sendo então ouvida pela equipe que vai assumir. Atkinson e Murray (1989, p. 91) ressaltam que o método é eficaz, mas impede que a equipe que passa o plantão seja questionada sobre o relatório; 2) a enfermeira faz um relatório sobre os pacientes colhendo dados dos membros da equipe; 3) citando Monhahan descreve outra forma de passagem de

plantão que enquanto a equipe que está saindo conclui seus trabalhos a equipe que está assumindo lê na porta de cada quarto:

a) a lista de problemas do paciente, plano de cuidados e anotações de enfermagem; b) medicação e tratamento recomendado; c) procedimentos especiais e dados laboratoriais, conduzidos pelo chefe do grupo. A seguir o grupo colhe dados do paciente, através de observação e de perguntas, num tempo de 30 minutos para 12 pacientes. Após o 'round', a chefe do grupo que está saindo poderia ser questionada brevemente sobre algumas dúvidas.

A última forma de passagem de plantão citada por Oscar (1996, p. 110) foi a por rondas ou 'round' em que o relatório é feito à beira do leito e a equipe que sai passa o plantão para a equipe que vai assumir. Nesta modalidade o paciente pode participar fazendo complementação ou perguntas.

Oscar (1996), citando Richard, elenca algumas vantagens da modalidade da passagem de plantão em forma de ronda, tais como: a equipe que chega pode verificar imediatamente o que está sendo passado verbalmente, inclusive checando com o paciente; propicia uma comunicação mais efetiva do que relatórios escritos ou gravados. Trabalhando em equipe a enfermagem melhora a sua imagem profissional e diminui a ansiedade do paciente e da enfermagem, pois ambos estão cientes de que as informações foram passadas para o outro turno.

Na bibliografia, levantada, com exceção de Keretzky et al., citadas por Magalhães et al. (1997, p. 43), não encontrei alusão ao fato de se aproveitar este espaço, o período da passagem de plantão, como um momento propício à educação continuada. A grande maioria dos trabalhos desenvolvidos aborda o processo de comunicação como instrumento importante na passagem de plantão, analisando falhas, ruídos e a inadequação do ambiente para uma efetiva comunicação.

Neste cenário complexo, que não é tratado como tal, surgem práticas e processos de trabalho negligentes, acríticos e com rituais e crenças superadas e, até mesmo, desnecessárias.

Após a revisão de literatura feita e meu conhecimento a respeito dos autores que têm tratado sobre este tema, observei que nenhum autor fez um estudo aprofundado da passagem de plantão, relacionando-a com o conjunto do processo de trabalho em enfermagem, por isso, considero relevante analisar a prática da passagem de plantão, considerando-a como uma ação desenvolvida pela enfermagem no contexto de trabalho coletivo da enfermagem.

3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Marco Referencial é um conjunto de conceitos e pressupostos de uma ou mais teorias ou modelos conceituais que “serve como guia e suporte na conceptualização e implementação do tema de pesquisa” (TRENTINI; PAIM, 1999).

Para a realização deste estudo orientei-me principalmente por conceitos e pressupostos da Teoria “Sócio-Humanista” de Capella e Leopardi (1999), assim como de contribuições de outros autores como Pires (1989, 1997, 1998, 1999) Bordenave (1982, [197-?]); Demo (1993, 2000); Freire (1975, 1981, 1992); Souza, et al. (1991); Dejours (1996, 1994, 1997); Dejours et al. (1994).

Os pressupostos básicos são afirmações que explicam os conceitos e hipóteses, ou seja, são afirmações que possuem uma lógica interrelacionada e que indicam o cenário de onde surgiu o problema de pesquisa, bem como dão suporte à análise dos dados. Para Leopardi (1999) pressuposição é a exposição enunciada de crenças e valores do autor.

3.1 Processo de trabalho em saúde e em enfermagem e a passagem de plantão

A realidade atual do trabalho em saúde, como a conhecemos hoje, é produto de mudanças recentes no conhecimento em saúde, do atual processo global de transformações

econômico-sociais e das características do trabalho coletivo introduzidas com a estruturação do modo capitalista de produção.

O trabalho, para Marx, é um processo no qual participam o ser humano e a natureza, em que os objetos da natureza são transformados com vistas ao atendimento de necessidades humanas. No trabalho artesanal o trabalhador utiliza-se de seus conhecimentos e ferramentas para confecção de produtos, decidindo sobre seu ritmo de trabalho, preço do produto, tecnologia a ser utilizada, tendo domínio sobre o processo de produção.

O modo capitalista de produção caracteriza uma nova forma de produzir em que ocorre uma ruptura importante com as características do trabalho do tipo artesanal. O trabalho passa a resultar de um trabalho coletivo desenvolvido nas fábricas e nas oficinas sob a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho.

Neste tipo de divisão do trabalho ocorre um parcelamento de atividades de modo que para a obtenção do produto é necessário o trabalho de diversos trabalhadores que desenvolvem atividades parciais e que somadas propiciam um resultado. O produto é obtido através de um trabalho coletivo, no qual o trabalhador perde o controle do processo de produção que passa a ser controlado pelo proprietário dos meios de produção ou pelo gerente e, nas grandes indústrias, pelas máquinas (BRAVERMANN, 1981; PIRES, 1998, p. 31).

No modo capitalista de produção a divisão do trabalho visa a garantia da acumulação, a expropriação do controle de processo e a dependência do trabalhador da venda de sua força de trabalho (PIRES, 1998, p.31).

A mesma autora diz que este modo de produzir expropria a concepção do trabalho dos trabalhadores, foi aprimorado com as formulações teóricas da Administração Científica feita por Taylor⁷ (1856-1915) que descreveu uma forma de aumentar a produção por meio da fragmentação do trabalho sob coordenação gerencial.

A gerência científica objetiva racionalizar a produção – definindo seu modo, ritmo e tempo de produção; determina o rendimento dos trabalhadores (produtividade) e estabelece uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção (PIRES, 1988, p. 33).

Henry Fayol e Max Weber também tiveram uma influência importante no modo de gestão das instituições de uma forma geral. O primeiro enfatizava a autoridade, a disciplina, a

⁷ Chanlat (1995, p. 119) refere que existem quatro grandes modos de gestão: a) tayloriano; b) tecno-burocrático; c) baseado na excelência e d) participativo.

unidade de comando e a prevalência do interesse geral sobre o particular. Já Weber enfatizava a racionalidade para atingir os objetivos.

No trabalho coletivo, a produção capitalista expropria o trabalhador que ao executar tarefas fragmentares delegadas as desenvolve de forma alienada de modo que o produto do trabalho torna-se estranho ao produtor, “o trabalhador existe para o processo de produção, e não este para aquele” (FRÖMM, 1983, p. 54).

3.1.1 O trabalho nos serviços de saúde

Essas formas de produzir também são encontradas no chamado setor terciário da economia. Este setor envolve uma grande diversidade de atividades, dentre as quais as diversas formas de assistência à saúde.

Os serviços de saúde cumprem uma finalidade útil à sociedade e o trabalho assistencial em saúde apresenta uma característica semelhante a encontrada em outros serviços, nos quais os resultados do trabalho não são produtos independentes do processo de produção a serem comercializados no mercado. O produto é a própria realização da atividade (PIRES, 1998).

Os serviços de saúde têm como finalidade a atenção a indivíduos que necessitam de cuidados especializados relativos ao processo saúde-doença, sendo que estes serviços organizam-se com diferentes lógicas estruturais, de acordo com a sua natureza, lucrativa ou não-lucrativa (SOUZA, et al., 1991).

No trabalho em saúde estão envolvidas “a força de trabalho dos que se ocupam dessas funções, e, de outro, os meios-de-trabalho (instalações, medicamentos, aparelhos diversos...) indispensáveis à realizá-lo de acordo com determinados padrões tecnológicos” (NOGUEIRA, 1995, p. 143). O usuário é fundamental no processo de trabalho em saúde, e na maioria das vezes, para que o trabalho se realize é necessário a cooperação do mesmo e/ou de seus familiares para que o trabalho se realize (NOGUEIRA, 1995, p. 143). Desta forma é um processo de inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. Há necessidade de “contato” entre o prestador e o usuário do serviço de saúde.

Capella e Leopardi (1999, p. 145) definem processo de trabalho em saúde como:

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, cabendo à cada área específica, uma parcela deste atendimento. A delimitação dessa parcela, bem como a organização desses trabalhos, foi-se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica.

Segundo Pires (1998) o trabalho em saúde, hoje, desenvolve-se, na grande maioria, em serviços institucionalizados os quais contam com regimes organizacionais próprios, bem como se situam dentro do cenário estabelecido pelo arcabouço jurídico legal vigente na sociedade atual. A assistência de saúde envolve vários trabalhadores que possuem conhecimentos específicos e com níveis de complexidade dos mais diversos, bem como envolve características do trabalho profissional e do trabalho parcelado. A mesma autora diz que diversos grupos profissionais participam do trabalho coletivo em saúde, sendo que a grande maioria das instituições de saúde não aproveita este fato de modo positivo. Não utiliza, por exemplo, os diversos saberes, no planejamento institucional, nem no âmbito macro, nem no cotidiano do planejar e fazer assistência.

Não existe uma coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde (...) o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias (PIRES, 1999, p. 34-35).

Furtado (1992, p. 14) assinala que a organização do trabalho em saúde fundamenta-se no método científico cartesiano em relação a sua tecnicidade, mas que acompanha a reestruturação do processo de trabalho no modo de produção capitalista, fundamentando-se no trabalho coletivo realizado no espaço hospitalar. Formula que trabalhador coletivo “é composto pelos vários usuários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a sua intensa divisão do trabalho” (FURTADO, 1992, p. 69).

Este trabalhador coletivo em saúde se expressa na forma de organização do trabalho o qual é dividido entre diversas categorias profissionais (médico, enfermeiro, dentista, etc.) e por agrupamentos que surgem a partir da segmentação dentro de uma mesma profissão formada por trabalhadores com diferentes graus de formação; por seus diferentes graus de autonomia; suas distintas representações no imaginário social; suas formas de validação educacional e legal e seus estatutos corporativos (SANTANA, 1995, p. 69). Envolve um

elevado grau de divisão do trabalho, que está progressivamente aumentando em consequência do desenvolvimento tecnológico.

Como na indústria o trabalho em saúde também tem como característica a cooperação que “é a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um mesmo plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos” (NOGUEIRA, 1995, p. 141).

A cooperação nos remete, também, à temática que se refere às relações interpessoais. No trabalho em saúde estão envolvidos diversos grupos profissionais, sendo que em algumas profissões, o trabalho é dividido entre trabalhadores com graus de formação diferentes. A divisão do trabalho entre profissões tem características de divisão do trabalho social em termos de produção. No entanto, a divisão do trabalho dentro de uma mesma profissão caracteriza a divisão parcelar do trabalho com hierarquização e valorização diferenciada.

Convivem as especificidades de cada trabalho, segundo o conhecimento e a tecnologia utilizada. Existe uma heterogeneidade da força de trabalho nos serviços de saúde que é visualizada

não apenas em termos da composição demográfica, inserção em classe social, mas também da sua preparação profissional prévia – desde trabalhadores de nível universitário ao primário incompleto e, a sua inserção em processos produtivos específicos que pode ser expressa em diferentes categorias profissionais e diferenciada de acordo com a unidade produtora na rede de serviços (SOUZA et al., 1991, p.38).

Nos hospitais esta característica é bastante presente. Existe a divisão de trabalho entre médicos, trabalhadores de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e outros técnicos de apoio. Cada um executando sua tarefa para, presumivelmente, chegar ao mesmo fim, que é a recuperação (melhora, cura) do sujeito que necessitou ser hospitalizado.

Nogueira (1997, p. 73) diz que “na saúde, quem detém a direcionalidade técnica também põe ‘a mão na massa’, ou seja, participa diretamente do ato técnico final”.

No trabalho em saúde convive a divisão parcelar do trabalho que envolve uma fragmentação dentro de uma especialidade produtiva com a divisão do trabalho em especialidades produtivas, ou seja, em diferentes áreas do conhecimento.

Este trabalho coletivo em saúde é controlado pela categoria médica, que ao longo da história da organização dos serviços de saúde conquistou uma autoridade social com um saber

técnico, legalizado como “verdadeiro” mesmo quando não são proprietários dos meios de produção (NOGUEIRA, 1997; PIRES, 1989).

Alguns, dentre os pressupostos que permearam esta pesquisa derivaram da Teoria Sócio-humanista de Capella e Leopardi (1999). Dentre eles destaco:

- a) a assistência deve ser organizada em função do indivíduo que procura atendimento e o mesmo deve participar ativamente na assistência e na avaliação;
- b) os profissionais de saúde devem aliar à sua competência técnica a perspectiva humanista para propiciar uma vivência menos dolorosa aos sujeitos hospitalizados;
- c) “o modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem, aliado à técnica, vão imprimir qualidade ao trabalho” (CAPELLA; LEOPARDI, 1999, p. 140);
- d) a formação continuada, através de reflexão coletiva, deve procurar propiciar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, reorientando valores, e estimulando mudanças de atitudes (CAPELLA; LEOPARDI, 1999, p. 141).

3.1.2 O trabalho em enfermagem

A influência de Taylor no trabalho da enfermagem é presente e, visualizada facilmente, pois é uma profissão que ainda possui uma grande preocupação com o cumprimento de tarefas e avaliação de desempenho baseada na quantidade de tarefas realizadas.

O taylorismo transmitiu para a enfermagem a valorização do “como fazer” em detrimento do “por que fazer”. Isto é registrado na forma de manuais, rotinas e procedimentos técnicos, visualizados também, nas primeiras produções escritas da enfermagem. Estas produções representam os primeiros conhecimentos sistematizados da enfermagem, contribuindo para o seu processo de estruturação como uma profissão e/ou disciplina (ALMEIDA, 1986, p. 29).

A organização do trabalho da enfermagem passou a ser centrada em tarefas e procedimentos que eram distribuídos de acordo com a competência e/ou qualificação de cada trabalhador. Sob os princípios da gerência científica o enfermeiro foi sendo socialmente aceito como coordenador da equipe de enfermagem.

Outra característica do trabalho da enfermagem que deriva do taylorismo é a escala de atribuições e a valorização do quantitativo em detrimento do qualitativo e a pouca importância dada às relações interpessoais (BELLATO et al., 1997).

Também, o tempo do trabalho dos enfermeiros, é em grande parte, utilizado para o gerenciamento do pessoal e do setor de trabalho, em detrimento da assistência aos sujeitos sob seu cuidado (SILVA; POLLI, 2001).

Como descrito anteriormente, o processo de trabalho em saúde apresenta características peculiares entre as quais pode-se destacar a divisão parcelar do trabalho, idêntica ao modo capitalista de produção. Essa lógica desvincula a concepção e a execução do trabalho que é mediada pelo controle gerencial das tarefas.

Esta forma de organização do trabalho surge com a estruturação do modo capitalista de produção e foi sistematizada, teoricamente, por Taylor com suas formulações sobre a organização científica do trabalho – OCT e a gerência científica.

Esta necessidade surge porque o operário especializado em determinadas tarefas perde a visão do todo. Assim o gerente ou supervisor tinha o papel de contato entre estas partes e o todo.

Nas instituições de saúde, o trabalho da enfermagem, é desenvolvido por múltiplos trabalhadores que têm graus de formação diferenciada. Trata-se de um trabalho coletivo sob a supervisão do enfermeiro.

O enfermeiro passa, então, a ser o profissional que faz a integração entre as funções de direção e funções assistenciais. O enfermeiro deve “assegurar que os objetivos da instituição sejam alcançados, no transcurso das atividades a que esta instituição se destina” (VARELLA, 1994, p. 75). Neste papel o enfermeiro, freqüentemente, vive situações contraditórias em virtude do compromisso assumido com o gestor e o compromisso assumido com o cliente.

Neste cenário, o trabalho prescrito pela instituição, às vezes, pode se contrapor a busca de uma assistência de melhor qualidade no cuidado, melhor condições de ambiente e, até mesmo de relações interpessoais, quando este profissional, por exemplo, se vê obrigado a dar um parecer sobre um material, usando como critério o menor preço.

Usualmente, as instituições de saúde utilizam o modelo de administração tradicional, centrado no “controle” que é realizado por um profissional com ascendência técnica e/ou

administrativa sobre os supervisionados. Constitui-se em uma gerência intermediária e os objetivos deste supervisor resumem-se, basicamente em conferir, retificar e informar.

Varella (1994, p. 75) ressalta que estas práticas de supervisão

tanto podem assumir posturas meramente burocráticas (limitando-se a preenchimento de formulários e relatórios), mecanicistas, pouco críticas e pouco criativas, como também assumir posturas fiscalizadoras e coercitivas, impondo o cumprimento das normas sem a necessária discussão e análise. Estas práticas vêm conferindo à supervisão uma atitude de rejeição e desconfiança por parte dos supervisionados, que, assim, vêm perdendo a compreensão de seu verdadeiro sentido e de sua importância.

Capella e Leopardi (1999, p. 145) estudando sobre a enfermagem brasileira afirmam que o trabalho em enfermagem é exercido por trabalhadores com diversos níveis de formação, com atividades interdependentes entre si. Este trabalho é executado de forma parcelar, com ações hierarquizadas, exigindo habilidades e métodos diferenciados.

Sendo assim, as relações de trabalho na enfermagem⁸ são complexas, pois envolvem muitos atores, desde o cliente que necessita de uma atenção, a equipe de enfermagem que possui trabalhadores com diferentes níveis de formação e todos os outros profissionais envolvidos no atendimento deste sujeito.

Braverman (1981, p.77) referindo-se a Babbage assinala que “dividir os ofícios barateia suas partes individuais, numa sociedade baseada na compra e venda da força de trabalho”.

Assim, em uma unidade de cuidados intensivos, por exemplo, em vez de contratar-se enfermeiros, passa-se a contratar técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e criam-se sub-unidades especializadas, como setor de tomografia computadorizada, que participam do trabalho em saúde devido ao aumento das exigências tecnológicas (NOGUEIRA, 1995).

O trabalho em saúde e enfermagem envolve diversas atividades que possuem características do trabalho assalariado e da sua divisão parcelar, com o trabalho profissional do tipo artesanal.

O trabalho em enfermagem envolve orientações de cuidados com hipertensão, orientação de cuidados com pacientes portadores de AIDS, envolve cuidados com curativos, observação de sinais e sintomas e, entre outras atividades, envolve também, as atividades de

⁸ “São relações que se dão no exercício da profissão: internamente com a equipe de enfermagem e, externamente, com outros profissionais, o sujeito portador de carência de saúde e a instituição. As relações de trabalho referem-se às relações pessoa-pessoa e pessoa-objeto” (CAPELLA; LEOPARDI, 1999, p. 154).

coordenação e gestão do trabalho. Nesta coordenação do trabalho, como parte do trabalho coletivo, desenvolvido nas vinte e quatro horas, é preciso fazer uma integração entre os turnos de trabalho.

Neste contexto a passagem de plantão é uma das diversas ações desenvolvidas no trabalho da enfermagem e constitui-se em um elo integrador da assistência contínua prestada ao cliente, nas vinte e quatro horas do dia. No entanto, esta atividade é desenvolvida, cotidianamente, de forma precária pelos profissionais de saúde, ou seja, é realizada de forma mecânica e o seu potencial é pouco explorado pelos trabalhadores envolvidos.

Quando se pensa em passagem de plantão, imediatamente há uma referência mesmo que subliminar, à organização do trabalho, pois é na passagem de plantão que a enfermagem tem a possibilidade de avaliar e corrigir ações de assistência, definir prioridades de atendimento e assegurar um fluxo de informações que poderá orientar a organização do trabalho no decorrer do turno.

3.1.3 A enfermagem como profissão

A enfermagem desde suas origens vive uma situação de ambigüidade em relação ao prestígio atribuído pela sociedade às suas atividades.

A literatura indica que com Florence Nightingale começou a discussão de que a enfermagem como profissão requer um conhecimento diferente do conhecimento médico. Entretanto, sabemos que de forma muito lenta, mas contínua a enfermagem está em busca de teorias, visando a formação do conhecimento em enfermagem. Um dos fatores que tem favorecido a produção de conhecimento em enfermagem são os Programas de Pós-Graduação e às exigências de produção científica dos professores nas universidades (OLIVEIRA, 1985, p. 8).

Para construir um conhecimento específico é preciso identificar-se, claramente, qual é o objeto de estudo da enfermagem e qual sua relação com as ciências afins (OLIVEIRA, 1985, p. 8).

Machado (1995) refere que a existência de um “corpo esotérico de conhecimento” é uma das características que diferencia uma profissão de uma semiprofissão. Esta base teórica conferirá uma autoridade a esta profissão e o seu reconhecimento social.

A autora define profissão como “uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo)” (MACHADO, 1995, p.18).

Como características assinala, baseada em Moore, que nesta atividade os indivíduos praticam a ocupação em tempo integral e vivem da remuneração oriunda da atividade desenvolvida; têm orientação para um ideal de serviços e destacam-se pela sua vocação. Destaca, ainda, que os membros de uma profissão organizam-se a partir de interesses da categoria formulando regras para controlar o acesso e a seleção, para projeção e regulamentação dos participantes e adotam um código de ética que orientará a conduta profissional. As organizações representativas dos profissionais participam de lutas e definem parâmetros sobre condições de trabalho, salário, mercado de trabalho (MACHADO, 1995, p.18).

Para Machado (1995) as escolas, na sociedade moderna, desempenham o papel de formar os profissionais para o mercado de trabalho, obedecendo a currículos mínimos e, construindo assim, o conhecimento esotérico (oculto, ministrado apenas a grupos seletos) que é uma característica fundamental para o desenvolvimento de uma profissão.

Esta característica profissional, de adquirir capacitação por meio de processos educativos formais, regras normatizadoras do exercício profissional e remuneração, iniciou na enfermagem, no Brasil, somente no século XIX, com a capacitação de pessoas de enfermagem para a psiquiatria. No entanto, a estruturação da enfermagem como profissão só ocorre no século XX, com o surgimento da Escolas de Enfermeiras D. Ana Neri, em 1923 e com a organização da primeira entidade representativa da profissão, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas em 1926, e que originou a atual Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn (PIRES, 1989, p . 55).

O enfermeiro mesmo sendo um trabalhador assalariado, tem possibilidade de gerenciar a assistência de enfermagem, executando um trabalho intelectual. Consegue exercer seu papel com uma autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de enfermagem (PIRES, 1989, p. 138).

Na sociedade atual existem barreiras que dificultam ou impedem o exercício pleno da atividade profissional. Isto é facilmente observado “nos contextos organizacionais que ameaçam a autonomia e o ideal de serviço e constrangimentos ambientais (sociais, políticos, econômicos entre outros) que interferem diretamente no exercício profissional” (PIERANTONI; MACHADO, 1993, p. 22). A área da saúde é rica em exemplos da falta de autonomia técnica dos profissionais quando apresenta um quadro com péssimas condições de trabalho.

PIRES (2000, p.87) define profissão como

A qualificação de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades, que dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização. Os profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa. Os membros da profissão estabelecem regras para o exercício profissional do grupo, fixadas em lei e/ou compartilhadas pelo grupo e legitimadas pela sociedade em que vivem. Organizam-se em entidades do tipo associativo, de modo a garantir o respeito às regras estabelecidas, a buscar o aprimoramento profissional e a desenvolver medidas de defesa do grupo. No que diz respeito ao “controle sobre o processo de produção”, e à questão da “autonomia profissional”, não me parece ser mais uma característica que possa ser considerada, sem contextualizar a complexidade das formas de organização do trabalho coletivo introduzidas pelo modo de produção capitalista, como o parcelamento de tarefas e a gerência científica.

Enfermagem é uma profissão do campo da saúde que pode ser desenvolvida com características do trabalho autônomo e do trabalho assalariado. A forma autônoma é desenvolvida numa relação direta com os clientes que remuneram o profissional pelos serviços prestados. Outra possibilidade é a forma assalariada em que os trabalhadores de enfermagem podem vender a força de trabalho por um salário às diversas instituições que prestam serviços de saúde. Nesta última perspectiva eles se identificam com as características do trabalho assalariado dos trabalhadores de outros setores da economia (PIRES, 1997, p. 121).

Enfermagem é uma disciplina e uma profissão, sendo que a meta da disciplina é expandir conhecimento sobre as experiências humanas através da criação de conceitos e realização de pesquisa, que direcionam o conhecimento para novos domínios da compreensão. Como profissão deve prover um serviço humano. Os trabalhadores da enfermagem são responsáveis pelos padrões da prática e educação baseados no conhecimento disciplinar que reflete num serviço de saúde, seguro para a sociedade num todo (PARSE, 1999).

Argenta (2000) relata que os profissionais da enfermagem atuantes em hospital restringem-se basicamente às prescrições dos tratamentos preconizados pelo médico e que os enfermeiros deveriam ser os construtores desta autonomia para os serviços de enfermagem, mas ainda ficam presos aos trabalhos prescritos pela instituição, na grande maioria dos casos.

Compara com a enfermagem praticada em serviços de saúde pública identificando quadro similar. Ressalta que o surgimento da enfermagem domiciliar pode vir a ser um diferencial neste cenário uma vez que esse profissional terá autonomia e controle do seu processo de trabalho.

Quanto à produção do conhecimento pela enfermagem ser desenvolvido basicamente pela academia refere que vários fatores explicam este fato, quais sejam: a realidade das condições de trabalho com os baixos salários, sobrecarga de trabalho e duplo emprego e a pouca influência da enfermagem nas esferas de poder decisório (ARGENTA 2000).

Segundo Newmann et al. (2000) o foco de uma disciplina é derivado de um sistema de crenças e valores sobre o compromisso social da profissão, a natureza de seu serviço e a área de responsabilidade para o desenvolvimento de conhecimento.

Atualmente, os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem são indicados freqüentemente como centrais no estudo da enfermagem. Mais recentemente este foco tem-se voltado para os conceitos de saúde e cuidado.

Segundo Newmann et al. (2000, p. 3) a enfermagem enquanto disciplina está centrada na produção de conhecimentos sobre o cuidado na experiência de saúde humana. Assim, a sistematização do conhecimento pode vir a modificar a prática da mesma, reduzindo a prática exercida com enfoque no aspecto caritativo e da afetividade. A sistematização da assistência pode levar à exigência, cada vez maior, da formação específica e especializada dos trabalhadores que a exercem em busca da melhoria na qualidade dos serviços prestados. Com isso, a enfermagem como profissão vai se solidificando gradualmente.

Neste trabalho entende-se o trabalhador de enfermagem como um ser natural, formalmente invariante, um ente complexo, singular, múltiplo, que vive em sociedade, portanto, é um ser de relações e de diálogo, auxiliado pela sociedade e ao mesmo tempo, prisioneiro desta⁹. É ativo, reflexivo e contraditório e, “essencialmente ético, por ser o único

⁹ MARX, K Manuscritos econômicos e filosóficos. In: FROMM, E. **Conceito marxista de homem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

capaz de refletir sobre seus propósitos e sobre suas ações e eleger valores e projetos por meio da consciência” (KIRCHOFF, 1999, p. 160).

Os trabalhadores da enfermagem exercem suas atividades profissionais num “espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas, principalmente, pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido” a um outro ser humano (CAPELLA, 1996, p. 166).

Neste espaço social formal os trabalhadores de enfermagem atuam sobre a supervisão e orientação do enfermeiro. Suas ações podem ser independentes e/ou interdependentes aos demais profissionais de saúde, sendo que ainda persiste a coordenação da direcionalidade técnica pelo médico. Desta forma, a enfermagem atua em algumas situações como trabalho profissional e paralelamente, ainda executa um trabalho com características da fragmentação taylorista.

Neste espaço o trabalho da enfermagem profissional ainda “sofre os constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições e legislação geral relativas à saúde e aos exercícios das profissões do campo da saúde” (PIRES, 1998, p. 95).

A enfermagem tem uma mobilidade funcional condicionada a estruturas organizacionais, portanto para se consolidar como profissão deve desenvolver novas formas de organização de trabalho e construir um conhecimento específico para ser efetivamente reconhecida pela sociedade.

3.1.4 O trabalhador como centro do processo de produção: subjetividade, condições objetivas e saúde

Quando aborda a carga psíquica no trabalho, Dejours et al. (1994, p 22) salienta que “não é possível quantificar uma vivência que é, em primeiro lugar e antes de tudo qualitativa”, mas que esta subjetividade que existe na relação ser humano-trabalho pode ser percebida através das diversas manifestações que se apresentam no cotidiano do trabalho como absenteísmo, greves ou “presenteísmo” que conceitua como “um engajamento excessivo a uma tarefa por certos trabalhadores, do qual ninguém seria capaz de atenuar o ardor desencadeado”.

Para analisar a relação ser humano-trabalho o autor procura responder a seguinte indagação: “a tarefa que afeta um trabalhador oferece uma canalização apropriada a sua energia psíquica?”.

Assim, ressalta que quando o trabalho se opõe a livre iniciativa do trabalhador então, torna-se perigoso ao aparelho psíquico. Para ele, “o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho” (Idem, p. 24). A partir dessa afirmação formula o conceito de trabalho equilibrante e trabalho fatigante.

Considera um trabalho equilibrante quando ele “permite a diminuição da carga psíquica”. Se o trabalho “se opõe a essa diminuição” é um trabalho fatigante (Idem, p.25).

Estabelece uma relação direta entre a carga psíquica e a organização do trabalho, pois salienta que esta organização é sempre a vontade de outrem. “Ela é, primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: a organização do trabalho recorta, assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho” (DEJOURS et al., 1994, p. 27).

No trabalho em saúde e enfermagem percebe-se que quando o trabalhador não tem consciência da finalidade de seu trabalho; não percebe a relação de seu trabalho, e das ações nele envolvidas com o conjunto do trabalho coletivo em enfermagem e do trabalho coletivo em saúde e, nem relaciona as suas ações com os objetivos institucionais, seu “eu” fragmenta-se e o trabalho deixa de ser uma fonte criativa de satisfação e torna-se uma repetição mecânica de atos delegados.

A organização do trabalho, decidida externamente ao campo de decisões do trabalhador é fonte de sofrimento e alienação Dejours et al. (1994, p.15)

entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, *começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento.*

Na psicopatologia do trabalho defendida por Dejours et al. (1994, p. 48) o centro da análise é o sujeito e a organização do trabalho, que não pode ser visto descolado do coletivo. Quanto à organização do trabalho, ele a vê como “uma relação socialmente construída e não somente em sua dimensão tecnológica”.

Neste processo é o trabalhador quem tem que administrar o descompasso existente entre o trabalho prescrito e o real. No entanto, fazer rearranjos no processo de trabalho prescrito, normalmente, conduz à ilegalidade induzindo a riscos. Este processo leva a uma cumplicidade entre trabalhadores e seus chefes imediatos. Também pode servir para ameaças e sanções, se não for tacitamente aceito pela alta hierarquia.

Estes rearranjos executados pelos trabalhadores são entendidos por Dejours et. Al (1994) como iniciativa, inventividade em busca da quebra das incoerências do trabalho prescrito na organização. A este rearranjo denomina de quebra-galhos¹⁰, que pode fornecer aos trabalhadores uma “fonte essencial de interesse no trabalho”. Este aumento de interesse pelo trabalho dá-se quando o trabalhador consegue criar alternativas no processo de trabalho prescrito pela instituição. Na enfermagem é bem caracterizado quando se consegue improvisar materiais, em decorrência da falta do mesmo na instituição ou, até mesmo, no mercado como é o caso da pediatria. Por exemplo: há algum tempo atrás não havia no mercado coletores de urina com extensor. A enfermagem tanto adaptou uma sonda nos coletores de urina que um dia os fabricantes aproveitaram a idéia.

Quando o autor analisa as formulações feitas por Marx, a respeito da alienação, ele faz uma crítica, lembrando que a alienação não tem unicamente uma determinação histórico-econômico-social, mas também, ela é utilizada pelos próprios trabalhadores como um mecanismo de defesa do sofrimento.

atribuir `a alienação um lugar central dificulta a interpretação das múltiplas situações que, por outro lado, a contradizem formalmente. Desse modo uma concepção que atribui todo poder psicopatogênico ao econômico e ao social-histórico (que, por sua vez, as abordagens médico-psiquiátricas clássicas estão enganadas ao ignorar) resulta, paradoxalmente, nos mesmos impasses que estes últimos: o determinismo reducionista do tipo sócio-econômico condena a análise da relação trabalho-saúde mental a não ser senão uma denúncia operária do capitalismo industrial (DEJOURS et al., 1994, p. 49).

3.2 O processo de comunicação

A história da comunicação acompanha a própria história da humanidade. Se pensarmos nos diferentes meios de comunicação registrados na história, identificamos o “uso da fumaça, dos sons de tambor, da dança, da música, das trilhas na mata e dos sinais ou

¹⁰ O termo “ ‘quebra-galho’ designa as infrações cometidas no exercício do trabalho cotidiano para alcançar o máximo dos objetivos das tarefas deixadas pela organização do trabalho” (DEJOURS, 1995, p. 50).

códigos com utensílios ou armas indígenas” (ALONSO, 1999, p. 75). Para se relacionar com o meio em que vivem, as pessoas cada vez mais, necessitam comunicar-se e utilizam-se de todos os meios possíveis de comunicação, pois através da comunicação podem trocar idéias e experiências.

Para compreendermos o processo de comunicação é necessário conhecermos os componentes deste processo, ou seja: a) *fonte ou emissor* – é quem codifica e envia a mensagem para o outro; b) *mensagem* – é o que é transmitido, pode ser um estímulo verbal ou não, que deve ter um significado comum para quem a envia e para quem a recebe; c) *receptor* – é a pessoa que recebe a mensagem, que deverá enviar uma resposta; d) *canal ou meio de comunicação* e e) *resposta ou feed-back* – demonstrará se o receptor entendeu ou não a mensagem (SCHRAMM, 1975).

Existem fatores que auxiliam no processo de comunicação, mas existem, também, os que dificultam este processo, ou até mesmo, bloqueiam. São os chamados ruídos da comunicação. Rezende, citado por Alonso (1999, p. 83) considera ruídos “todos aqueles elementos que perturbam o processo de comunicação e que, como na telefonia, atrapalham a passagem da mensagem”.

Para Mendes et al. (1987, p. 204) o processo de comunicação, apesar das dificuldades que o tema apresenta, desperta interesse, pois “1) trata-se de um fenômeno tão complexo quanto o próprio comportamento humano; 2) é por natureza um processo, daí o seu caráter mutante; 3) é um fenômeno que, por ser multifacetado, suporta uma variedade de tipos de análise”.

As pessoas se comunicam umas com as outras através de gestos, escrita, expressões faciais, escutando, falando, escrevendo. Antes mesmo de desenvolver a linguagem falada, o ser humano já se expressava por gestos e sons. Por sermos seres comunicativos estas possibilidades ampliam nosso canal de comunicação. Entretanto, captar as mensagens enviadas e interpretá-las é, às vezes, uma tarefa árdua. Por isso é essencial lembrar que a comunicação possui “conteúdo e sentimento. O conteúdo geralmente fica contido na mensagem verbal, enquanto os sentimentos são expressos primariamente na maneira não-verbal” (MENDES et al.1987, p.206).

Contudo, a incompreensão permeia o cotidiano. Morin (2000) afirma que uma das finalidades da educação do futuro é ensinar a compreensão humana e que nenhuma técnica de comunicação garante a compreensão. Entretanto, apesar desta dificuldade de compreensão,

pressupõe-se que exista interação entre as pessoas por meio das relações sociais desenvolvidas dentro da instituição. As relações que se estabelecem na instituição são baseadas em princípios e objetivos definidos na mesma, e é senso comum que a comunicação efetiva é essencial para a prática de enfermagem. Uma vez que as relações humanas são a base para o trabalho na área da saúde, o processo de comunicação é um instrumento fundamental para o bom desenvolvimento de nosso trabalho. O trabalhador da saúde, portanto, deve ser capaz de decifrar e compreender o significado das mensagens que o cliente está enviando e dar-se conta que seus gestos, postura e trejeitos também enviam mensagens.

A compreensão da linguagem não verbal precisa ser exercitada, pois a comunicação não é totalmente objetiva. Ela é recebida por pessoas que possuem crenças, valores e experiências de vida diversas, que funcionam como um filtro e que decodificam conforme sua lente (SILVA, 1996), por isso mesmo, é também, um elemento importante na manutenção, criação, transmissão e mudança de cultura. Entretanto, a cultura também pode vir a ser um obstáculo para a compreensão, pela ignorância a respeito de ritos e costumes do outro, de seus valores imperativos e éticos, enfim, a incompreensão de uma estrutura mental em relação à outra (MORIN, 2000).

Stefanelli (1993, p.38) define comunicação como “um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas; a curto, médio ou longo prazo”. Refere, também, da importância da comunicação na enfermagem, recomendando aos enfermeiros que se desenvolvam na arte de comunicar-se para utilizar este instrumento em sua prática diária com clientes, família e sociedade, e que é necessário aprender o significado das mensagens em todos os aspectos.

King citada por Leopardi (1999, p. 92) refere que comunicação “é a estrutura de sinais e símbolos importantes, que dão ordem e significado às interações humanas. É processo dinâmico fundamental para a existência, crescimento e desenvolvimento e trocas”.

Mendes et al. (1987, p. 208) citando Cherry abordam que

a comunicação é uma questão essencialmente social e, dentre os vários sistemas de comunicação criados pelo homem, a linguagem se coloca como o mais importante: uma conversação forma um vínculo bidirecional de comunicação; há uma medida de simetria entre os partícipes, e mensagens passam de lá para cá. Existe uma ação cíclica, contínua de estímulo-resposta; comentários suscitam outros comentários, e o comportamento dos dois indivíduos se torna combinado, cooperativo e orientado para um objetivo.

Berlo (1979, p. 208) diz que

a comunicação é a base da ação recíproca entre o homem e o homem, cujo objetivo básico é alterar as relações originais entre o seu próprio organismo e o ambiente em que se encontra, é reduzir a probabilidade de que ele seja simplesmente um alvo de forças externas e aumentar a probabilidade de que ele mesmo exerça força. (...) Nosso objetivo básico na comunicação é nos tornarmos influentes, é influenciarmos outros, nosso ambiente físico e nós próprios, é nos tornarmos agentes determinantes, é termos opção no andamento das coisas. Em suma, nós nos comunicamos para influenciar – para influenciar com intenção.

Nos serviços de saúde, de uma maneira geral, há um descomprometimento quanto às questões comunicativas. “Os profissionais da saúde não se dão conta do espaço vazio existente no âmbito da comunicação. Se, por um lado, se verifica o desaparecimento quase que completo das interações humanas, por outro, o que tem sustentado esta relação são rotinas padronizadas” (FARIA, 1998, p. 60). Entre estas rotinas padronizadas está a passagem de plantão, ação de enfermagem de interesse para este projeto e que tem uma interface importante com o processo comunicativo.

Pluckhann, também citado por Mendes et al. (1987, p. 210) afirma que a comunicação humana não é uma simples transferência de mensagens verbais e não-verbais do emissor ao receptor, mas é também, a geração e transmissão de significado e que o foco de atenção é a produção de significado e não de mensagens. Afirma ainda, que a comunicação humana é um processo que extrai respostas e estímulos e que a comunicação acontece sempre que um estímulo provoca respostas. Se o estímulo for ignorado não existe comunicação, sendo que este estímulo pode ser intencional ou não. Alerta também que o que se pode transmitir é o estímulo e não o significado. O estímulo é que pode desencadear os significados.

Patrício (1996, p. 33) refere que na prestação de cuidado ao ser humano ocorre um processo interativo por meio de comunicação verbal e não-verbal dos indivíduos em que acontece um “processo dialógico como um fator de interligação na multidiversidade de indivíduos, de suas idéias e ações”. Continua mostrando que na comunicação dos indivíduos há um código lingüístico, construído de forma verbal, que necessita ser conhecido para ser decodificado e, de um código não-verbal, “que precisa ser compreendido pelos interlocutores interagentes nas manifestações dos pensamentos e das atitudes”, ou seja, a percepção e o entendimento das manifestações são elementos básicos do sistema dialógico. Neste processo dialógico, há um exercício de reconhecimento do que o outro quer dizer, ainda que não signifique o mesmo que o receptor reconhece como certo. Aí está, portanto, a importância da dialogicidade. A ninguém, no grupo, na equipe ou na coletividade, é dado o poder de deter

uma única e inquestionável verdade; na interatividade, nas relações integrativas, todos podem ter suas convicções ou suas verdades, porém, sem o sentido definitivo, mas sim, carente de complementaridade, que pode estar na convicção (ou verdade) do outro.

A comunicação eficaz é importante para a manutenção da continuidade da assistência do paciente, sendo estabelecida de modo sistematizado através de anotações por escrito em prontuário e pela transmissão de informações orais e atualização de dados nos diferentes turnos de trabalho (KRON, 1978).

Takahashi e Pereira (1991, p.125) afirmam que a comunicação em enfermagem “é o processo pelo qual a equipe de enfermagem oferece e recebe informações do indivíduo, cliente/paciente, para planejar, executar, avaliar e participar com os demais membros da equipe de saúde, da assistência prestada no processo de saúde/doença”.

A exploração do tema processo de comunicação é importante na enfermagem, pois é por meio da comunicação vivida entre enfermeiro(a) e cliente, que se definem metas, objetivos a serem atingidos pelo cliente, por ele próprio ou pela equipe, para em conjunto encontrarem soluções.

No trabalho de enfermagem, principalmente, o trabalho realizado em hospital, a passagem de plantão é um meio de comunicação bastante utilizado. Faria (1998, p. 128) afirma que “o espaço comunicacional compreende, além da fala (expressão verbal), também os gestos, o lugar onde se realiza a inter-relação, o olhar, o escutar”, por isso também, torna-se importante avaliar os locais onde se realizam as passagens de plantão, sendo todos estes aspectos relevantes no processo de comunicação. O ambiente adequado para a passagem de plantão deve ser calmo, sem ruídos ou interrupções e as pessoas devem estar instaladas confortavelmente. Um ambiente adequado auxilia na audição, atenção e diminui os erros de interpretação das mensagens.

Outro fator que interfere no processo de comunicação durante a passagem de plantão é a multiplicidade de vínculos empregatícios que levam o trabalhador da enfermagem a correr de um emprego a outro, tendo pressa e impaciência para ouvir e passar mensagens, levando-o a uma fadiga crônica, desencadeando a desmotivação e inibindo a criatividade no cotidiano. Todos esses fatores contribuem para a manutenção do *status quo* favorecendo a comunicação limitada, dirigida e constrangida. Bordenave (1982, p.77) ao tratar das limitações ou distorções no processo de comunicação fez a seguinte tipologia: a) **comunicação dirigida** entendida como “a manipulação da linguagem, obrigatoriedade de certos significados,

imposição de certos conteúdos, proibição de outros (censura), utilização de adjetivos laudatórios para as autoridades do momento”; b) **comunicação limitada** entendida como “qualquer medida para a manutenção da massa na ignorância; a educação sendo orientada para forçar as classes baixas a manterem seus códigos restritos, que não lhes permite articular seus interesses e participar do jogo político” e c) **comunicação constrangida** entendida “como os esforços realizados por grupos privados e governamentais para estruturar e limitar a comunicação pública com a finalidade de conseguir que prevaleçam seus interesses” (grifo nosso).

A dificuldade para estabelecer uma comunicação efetiva entre as pessoas é bastante freqüente, fazendo com que esqueçamos da importância que é compartilhar idéias, sentimentos, opiniões e, principalmente, interagir com o outro.

Kron (1978) atribui vantagens à comunicação verbal referindo que a clareza no linguajar e a rapidez possibilitam o intercâmbio de informações no momento preciso. Em relação às desvantagens, cita alterações da entonação de voz, má interpretação da mensagem, a falta de atenção, cansaço, sono, palavras ou frases incompletas e incompreensíveis, expressões agressivas e inoportunas, anotações de dados com dupla interpretação.

Camargos (1999) relacionando o uso da linguagem da comunicação oral com a passagem de plantão ressalta que a linguagem tem poder, se clara e direta, visto que é a responsável pela transmissão do conhecimento, da informação e propicia, também, a interação entre as pessoas. Assim sendo, a comunicação oral é de suma importância na transmissão de informações na passagem de plantão.

A comunicação tem o poder de mudar o comportamento das pessoas, portanto é um instrumento de trabalho valioso para a equipe de saúde. Conforme Chiavenato (1997, p. 181),

comunicação é uma atividade administrativa que tem dois propósitos: proporcionar informação e compreensão necessárias para que as pessoas possam se conduzir nas suas tarefas; proporcionar as atitudes necessárias que promovam a motivação, cooperação e satisfação nos cargos.

Segundo Poletto (1999, p. 33) “o conhecimento é obtido pela informação, sendo pela comunicação, socializado nas relações interativas”.

Citando King, George (1993, p. 30) refere que “é numa relação interativa entre os diferentes que as idéias, atitudes e percepções são passíveis de troca. Nessa interação, são identificados problemas e estabelecidas metas a alcançar, sendo influenciados pelos sistemas sociais que o cercam”. Continua, ainda apoiada em King, dizendo que sendo a interação “um

processo de percepção e comunicação entre as pessoas e o ambiente, é preciso que a pessoa aprenda a se comunicar para se integrar, compartilhando as diferenças e transformando a realidade em que vive”.

O enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, tem por obrigação desenvolver a habilidade de comunicar-se e socializar esse conhecimento com a equipe, pois a comunicação permeia todas as ações de enfermagem e influencia decisivamente na qualidade do atendimento ao cliente, pois é esta

equipe que mantém contato mais direto e contínuo com o cliente, sendo responsável, portanto, por apreender, perceber, interpretar, observar e avaliar as informações oriundas deste cliente que serão o ponto de partida para os tratamentos de proteção e recuperação da saúde (MAGALHÃES et al.,1997, p. 44).

Segundo Poletto (1999, p. 37) “a liderança, portanto, visa às atitudes das pessoas em um contexto organizacional em que as diferenças não estão apenas concentradas entre capital e trabalho, mas no interior de estruturas do conhecimento”.

Relacionando o mundo quântico com o mundo organizacional, Nóbrega citado por Poletto (1999, p. 37) considera as relações fundamentais para a existência da organização. Refere que o relacionamento entre as partes é que descobre a realidade profunda, não havendo unilateralidade nas verdades. Todas as coisas possuem uma totalidade que estão interligadas, portanto a fragmentação de processos, ou de verdades não deve existir.

Assim, a verdade objetiva no mundo organizacional em que o líder se insere será o resultado do diálogo entre as verdades dele e das pessoas no contexto organizacional. Isso criará a realidade de aceitação ou não das convicções, fazendo surgir, como diz Follet, um terceiro caminho, com tendências que contêm infinitas possibilidades. Conforme o diálogo mantido com as pessoas, delas obter-se-á um tipo de resposta, ou seja, a maneira de falar do líder será de fundamental importância para que a linguagem se expresse de modo fluido.

Portanto, se o enfermeiro consegue coordenar a passagem de plantão com objetividade e clareza pode vir a influenciar o comportamento da equipe, criando a possibilidade de interagir com a mesma, educando no trabalho e melhorando a assistência por proporcionar um cuidado sem fragmentação devido a ruídos provocados por um processo de comunicação ruim.

Poletto (1999) refere que na sua comunicação o ser humano precisa de uma comunicação o mais transparente possível para conseguir uma integração natural, pois apoiada em Silva (1996) entende a comunicação como “expressão da própria existência humana”.

Neste trabalho percebi o processo comunicativo como um modo de compartilhar mensagens sendo que a forma de transmissão da mensagem, a postura do comunicador e, do receptor e o ambiente em que se dá interferem no processo comunicativo.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza por ser uma pesquisa convergente-assistencial que conforme Trentini e Paim (1999, p. 26)

é aquela que mantém durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social: portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado. A pesquisa convergente-assistencial inclui uma variedade de métodos e técnicas pelo fato de que, além de obter informações, o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo [...] por outro lado, os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática.

Neste tipo de pesquisa o pesquisador se envolve no contexto da pesquisa e busca envolver de maneira participativa os sujeitos pesquisados. Os dados da pesquisa podem ser obtidos no desenvolvimento de uma prática assistencial, bem como o processo de pesquisa envolve uma ação de “pensar” e “fazer”. Aproxima-se da “pesquisa-ação”¹¹ de Thiollent (1986, p. 14) e da concepção da educação crítica de Paulo Freire, na qual o processo de reflexão coletiva, envolve troca entre educador e educando e ambos são transformados no processo.

4.1 Contextualizando o ambiente da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida numa instituição de saúde que é definida por Capella e Leopardi (1999, p.145) como

espaço social formal, isto é, com todas as características de qualquer instituição, para a produção de um trabalho dirigido a um outro ser humano – o sujeito com problema de saúde. Portanto, a produção social não se dá sobre algo material, mas sobre um ser humano.

¹¹ “É um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema são envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

É um hospital público que pertence a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, estando situado na grande Florianópolis, trata-se de um hospital de porte médio, contando atualmente com 147 leitos ativados, assim distribuídos.

Quadro 01 – Distribuição de leitos do hospital estudado/ serviços

SERVIÇO DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS/AIDS	Internação – 36 leitos Hospital Dia – 20 leitos Assistência Domiciliar Terapêutica – 15 leitos
SERVIÇO DE OUTRAS DOENÇAS INFECTO-PARASITARIAS	Internação – 12 leitos
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA	Internação – 38 leitos
SERVIÇO DE TISIOLOGIA	Internação – 20 leitos Internação em Apartamentos – 12 leitos
SERVIÇO DE AMBULATÓRIO PNEUMOLOGIA/INFECTOLOGIA	Média de 800 atendimentos/mês

Fonte: www.saúde.sc.gov.br/hospitais. Acesso 11/10/01

O hospital foi inaugurado em 1943 com 60 leitos para pacientes com tuberculose e 40 leitos para outras doenças infecciosas e parasitárias, prestando atendimento para adultos e crianças.

Em 1971 deixou de ser administrado por irmãs de caridade e passou a ser incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, atualmente pertencendo à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Em 1979 deixou de atender crianças, e em 1980 foi criado o serviço de pneumologia com 32 leitos, distribuídos entre homens e mulheres.

Em 1985, com o início da epidemia da AIDS, o hospital destinou quatro leitos para este atendimento, mas já em 1987 com a grande demanda destes pacientes, o número de leitos foi aumentado para onze e foi criado o ambulatório de infectologia.

Em 1985, o Ministério da Saúde credenciou-o como Hospital – dia, com seis leitos.

Em 1987, foi reconhecido como Centro de Referência Estadual no tratamento para portadores HIV/AIDS e em janeiro de 1988, foi designado como Centro de Doenças Pulmonares / Tisiologia.

Ainda, em 1998, foi designado como Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais e foi reativada a Unidade de Tratamento Intensivo, que estava desativada desde 1983 e, em 1999, foi criado o serviço de reabilitação pulmonar.

O atendimento em todas as unidades é realizado por trabalhadores que prestam atividades de apoio e por profissionais de saúde.

Sendo uma unidade vinculada a Secretaria de Estado da Saúde, o preenchimento dos principais cargos executivos atende a critérios políticos.

A gerência da enfermagem é vinculada diretamente à Direção Geral. A gerente de enfermagem é uma enfermeira convidada pelo diretor geral do hospital.

As unidades escolhidas para o desenvolvimento da pesquisa são uma que presta atendimentos a pacientes portadores do vírus HIV e/ou de AIDS e a outra unidade atende portadores de pneumopatias.

Essas são duas unidades assistenciais típicas da instituição e envolvem o trabalho ininterrupto de enfermagem nas 24 horas, portanto necessitando de passagem de plantão entre os turnos de trabalho.

4.2 Coleta de dados

4.2.1 Os sujeitos entrevistados

Esta pesquisa foi desenvolvida com os trabalhadores da enfermagem, a respeito da passagem de plantão.

Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa foram trabalhadores da enfermagem que, após consultados, manifestaram interesse em participar da mesma.

A população alvo deste estudo, incluindo a amostra intencional¹², foi composta por 14 profissionais de enfermagem que participaram das entrevistas e/ou do grupo focal.

Trentini e Paim (1999, p. 81) referem que na pesquisa convergente-assistencial a escolha da amostra “valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações”. Isto é, a amostra deve ser constituída por sujeitos que estão envolvidos no problema, estando entre estes “os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo” (Idem).

A escolha das unidades foi feita com o auxílio da gerente de enfermagem que entendeu serem estas unidades melhores para o desenvolvimento da pesquisa, por serem unidades grandes e com muitos cuidados a serem prestados aos clientes, consequentemente, na passagem de plantão sempre havia grande quantidade de informações a serem passadas e compreendidas.

Na primeira visita que fiz às duas unidades assistenciais já expliquei a razão de minha presença e convidei alguns trabalhadores para participarem da proposta, o que foi prontamente aceito.

Neste dia, também descobri que este hospital não possui uma rotina ou orientação para a passagem de plantão, mas fui informada que os horários previstos para a mesma são às 7, 13 e 19 horas, aproximadamente.

¹² A amostra intencional foi composta por uma liderança indicada pelo grupo e uma enf. que considerei com condições significativas para contribuir com a pesquisa e por trabalhar há muito tempo na instituição e por ter produzido trabalhos teóricos relativos à Enfermagem..

4.2.2 Os procedimentos

Com vistas a desenvolver a pesquisa busquei conhecer como realizava-se a passagem de plantão nas unidades escolhidas, bem como, ouvir a opinião dos trabalhadores de enfermagem sobre a mesma. Inicialmente a coleta de informações foi feita através de “observação” e de “entrevistas”. Os dados colhidos foram por mim sistematizados, constituindo-se em “categorias” os quais foram utilizados na reflexão realizada no “grupo focal”, com vistas à validação dos dados, reflexão crítica que ao mesmo tempo que me instrumentalizava para a análise de dados, contribuía para o processo de conscientização e para a ação transformadora.

Minayo (1992, p. 129) descreve grupo focal como reuniões com pequeno número de participantes (seis a doze), com a presença de um animador. A escolha dos participantes é feita a partir de grupos em que as idéias e/ou opiniões sejam de interesse para a pesquisa. Este grupo tem como objetivo: “a) focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; b) complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares”. Continua dizendo que é uma técnica importante para o “estudo das questões de saúde sob o ângulo social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população” (Idem).

A primeira etapa desta pesquisa ocorreu no período de outubro de 2001 a janeiro de 2002, fase em que desenvolvi a observação, as dez primeiras entrevistas e o grupo focal.

A segunda etapa ocorreu de abril à junho de 2002, período em que fiz mais duas entrevistas intencionais: uma com uma trabalhadora de enfermagem indicada pelos entrevistados (liderança O) e outra enfermeira escolhida por mim (liderança N). Para tanto, entrevistei novamente 11, dos doze entrevistados (por não ter conseguido contactar com um deles) fazendo a seguinte pergunta: Quando você pensa em alguém que sabe enfermagem e que seja referência para você, em quem você pensa, dentre os trabalhadores da instituição? O objetivo era entrevistar um trabalhador que fosse referência para o grupo entrevistado e que conhecesse a enfermagem da instituição.

Entrevistei a trabalhadora que foi mais vezes indicada pelos entrevistados, com 54,5% das indicações e, mais uma trabalhadora que eu considerei que iria contribuir com

informações significativas sobre o processo de trabalho da enfermagem na instituição. Não apresentarei as características desta escolha para preservar o anonimato.

Trentini e Paim (1999, p.81) referem que a amostra pode ser constituída

pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo (...) não assumem apenas a condição de informantes, mas constituem parte integrante do estudo.

Além das entrevistas, das observações de campo e grupo focal, ainda utilizei o estudo documental como instrumentos de coleta de dados. Concomitantemente, realizei um estudo dos documentos do Serviço de Enfermagem desta instituição, com vistas a melhor compreensão do processo de trabalho da enfermagem na instituição.

Segundo Minayo (1992, p. 130), a discussão de grupo, associada às entrevistas abertas ou semi-estruturadas e a observação participante possibilitam ao pesquisador construir várias possibilidades de informações que podem lhe indicar “se o caminho está correto. É a triangulação na coleta de dados”.

Trentini e Paim (1999, p. 98) corroboram com esta afirmação quando assinalam que

O registro descritivo da observação, os destaques da entrevista individual, o entrecruzamento de falas, de pausas e comportamentos dos atores sociais no ambiente físico, e as notas das discussões de grupo, eis o que compõem uma força de aproximação do pesquisador com o fenômeno pesquisado.

4.2.2.1 As entrevistas

Para a realização das entrevistas utilizei o método de entrevista semi-estruturada.

A entrevista, segundo Trentini e Paim (1999) é uma condição social de interação humana que é indispensável para criar-se um ambiente favorável para obtenção de informações fidedignas. Consideram que saber perguntar e saber ouvir são características primordiais para o entrevistador.

Para sistematizar as entrevistas utilizei um roteiro visando buscar informações sobre a passagem de plantão.

Buscava saber o que acontece e como acontece o fenômeno “passagem de plantão”.

O roteiro de uma entrevista (Anexo A), segundo Minayo (1992, p. 99), visa “orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”.

Alguns cuidados foram observados na realização de entrevistas, como o respeito à cultura e aos valores do entrevistado. No processo de ouvir os entrevistados procurei desenvolver um clima de confiança que lhes permitiu a expressão livre dos fatos. Garanti que seria preservado o anonimato, bem como estabeleci acordos claros sobre o uso dos dados.

Para garantir o anonimato codifiquei os participantes da pesquisa conforme detalhamento constante no quadro do perfil dos entrevistados (p. 65).

As entrevistas foram realizadas no local e horário de trabalho dos entrevistados. Antes da entrevista, propriamente dita, havia feito contato com os mesmos, informando que viria em seu horário de trabalho entrevistá-los. Algumas vezes esperei até que o entrevistado ficasse disponível.

Para a realização das entrevistas convidei os trabalhadores da enfermagem das duas unidades escolhidas. O convite foi feito de modo geral nos momentos de visita ao hospital, e dentre os que aceitaram participar, procurei contemplar: a chefia da unidade; enfermeiras e enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Procurei contemplar, pelo menos, dois turnos de trabalho das respectivas unidades. Na primeira etapa desta pesquisa foram entrevistados um total de dez profissionais de enfermagem, sendo que deste universo, 80% eram mulheres e 20% eram homens; 60% eram trabalhadores da unidade 1 e 40% eram trabalhadores da unidade 2.

Para efeitos desta pesquisa, os dez trabalhadores entrevistados foram considerados suficientes quando percebi a repetição de informações. Entretanto, concordo com Trentini e Paim (1999, p. 82) quando citam Morse alertando que

a saturação não apresenta uma completa investigação do fenômeno em estudo, porque se outro grupo de participantes ou os mesmos forem entrevistados e observados em outras circunstâncias de espaço temporal, novas informações poderão surgir.

Para tanto, este estudo deve ser considerado como um suporte para o entendimento da passagem de plantão, numa determinada instituição, num determinado tempo.

As entrevistas foram realizadas em sala de lanches, quartos vagos, mas mesmo assim, conseguimos que houvesse privacidade, pois os demais membros da equipe estavam informados e não interrompiam o processo.

Foram gravadas com o consentimento dos entrevistados para serem transcritas posteriormente.

A transcrição deu-se na íntegra e após cada entrevista, pela pesquisadora, visando garantir a fidedignidade das informações, o sigilo e o anonimato necessários.

Na segunda etapa das entrevistas, também validei os dados com os entrevistados apresentando a transcrição da entrevista de cada um. Fizem alterações que consideraram adequadas e assinaram o termo de consentimento esclarecido.

4.2.2.2 Estudo documental

Foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa busquei documentos sobre a passagem de plantão e sistematização da assistência de enfermagem. Na Segunda etapa, busquei organograma, e documentos que indicassem o funcionamento do hospital e políticas de assistência à saúde.

4.2.2.3 A observação

A observação da passagem de plantão foi realizada, nas duas unidades escolhidas, utilizando um roteiro que adaptei do que foi criado por Oscar (1996), (Anexo B).

Trentini e Paim (1999, p. 91) citando Spradley referem que na observação participante, o envolvimento do pesquisador pode ser passivo, ativo, moderado e completo.

Neste momento da pesquisa agi de forma passiva, não interagindo com as pessoas e situações observadas. Anotava, no roteiro de observação, tudo o que observava de objetivo e subjetivo.

A observação permeia todo o nosso cotidiano. Trentini e Paim (1999, p. 88) citando Villasenor e Argilaga referem que “a observação é o processo pelo qual a primeira e mais imediata função consiste em obter informações referentes ao fenômeno estudado, em função de um propósito planejado e organizado; isso supõe atividade de codificação”. Afirmam que a observação participante capta “uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não podem ser obtidos unicamente por meio de entrevistas”.

Trivinos (1995) refere que a observação livre, na pesquisa qualitativa, objetiva destacar o comportamento e ações dos sujeitos e ressalta que observar não é simplesmente olhar, mas determinar o evento que se deseja conhecer.

Os dados obtidos na observação foram registrados em um diário de campo e organizados de forma a destacar os aspectos positivos e negativos verificados, bem como a influência da forma que a mesma é realizada, no conjunto do trabalho da enfermagem.

A observação teve por objetivo fornecer-me informações sobre como ocorre a passagem de plantão, seus pontos positivos e seus pontos negativos. E a anotação destes dados, junto com os obtidos nas entrevistas permitiram que eu organizasse um quadro com as categorias, que no momento do grupo focal foram chamadas de “temas geradores”, nas palavras de Paulo Freire, as quais foram utilizados para estimular o debate.

4.2.2.4 O grupo focal

Após a sistematização dos dados obtidos na observação e nas entrevistas, fiz um convite formal aos trabalhadores envolvidos na primeira etapa de pesquisa para participarem de uma reflexão sobre a passagem de plantão. Esta etapa teve por objetivo aprofundar a reflexão sobre o tema, considerando os dados e a saturação prévia feita por mim. O foco no grupo foi a reflexão crítico-reflexiva sobre o tema.

Utilizei princípios da educação crítica, especialmente, de Paulo Freire, para refletir com os trabalhadores os temas gerados nas entrevistas e na observação, no que diz respeito à passagem de plantão e a organização do trabalho.

Desta forma, estipulei que este grupo seria composto por, no mínimo, seis trabalhadores e, no máximo, dez. Optei por essa modalidade por acreditar que com um pequeno grupo é possível obter maior interação e aprofundamento das reflexões e das experiências vivenciadas, facilitando a empatia para o desenvolvimento da reflexão. Esta visão também é corroborada por Siqueira (1998). Em relação ao número de membros de um grupo não existe unanimidade entre os autores. “Beal (1972) indica de 05 a 12 membros dependendo da técnica a ser utilizada, Leite (1973) é de opinião quanto ao número de integrantes, no máximo de dez, outros autores falam de dois a vinte” (SIQUEIRA, 1998, p. 68).

Antes do início deste encontro apresentei a transcrição das entrevistas para cada entrevistado ler e validar o texto transcrito. Nenhum entrevistado fez alteração na transcrição.

Este encontro foi realizado no auditório da instituição estudada e teve a duração de seis horas, considerando o consentimento e a disponibilidade do grupo e da instituição. É importante ressaltar que a gerente de enfermagem dispensou os trabalhadores para que participassem durante o seu período de trabalho. Além dos entrevistados, participaram deste encontro outros integrantes da instituição que não haviam participado das entrevistas, haja vista, que quando encaminhei o convite escrito aos participantes, muitos antecipadamente, disseram que não participariam da mesma. Diante desta nova realidade optei por convidar outras pessoas das mesmas unidades, que já conheciam o objetivo da pesquisa, para participarem do grupo focal, garantindo assim, o número de pessoas que eu considero mínimo para as discussões.

O grupo teve composição mista, isto é, trabalhadores das duas unidades escolhidas.

Os procedimentos utilizados foram com base na pedagogia problematizadora de Paulo Freire que estão melhor descritos quando faço uma análise dos resultados obtidos.

No momento do grupo focal os integrantes socializaram suas idéias, suas experiências, suscitando discussões importantes em relação à passagem de plantão e a organização do trabalho em enfermagem. Essas reflexões foram feitas com base nos temas geradores: entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho; fatores que interferem na passagem de plantão e no processo de trabalho e organização e condições de trabalho. Organizei os resultados obtidos articulando as idéias semelhantes e as que apresentavam diversidade.

Neste dia apresentaram-se quatro dos dez entrevistados e dois convidados que não haviam participado das entrevistas, garantindo assim que o número de integrantes do grupo permanecesse na faixa preconizada para o grupo focal.

O grupo foi planejado de forma que houvesse uma participação efetiva dos integrantes no processo, visando a reflexão sobre a passagem de plantão e sua inserção na organização do trabalho da enfermagem.

Objetivei tornar esta vivência prazerosa e para isso, iniciei com uma dinâmica de grupo em que buscava a aproximação dos integrantes para iniciar nosso processo reflexivo.

Para tornar o ambiente mais acolhedor para o desenvolvimento do grupo focal providenciei salgadinhos e refrigerantes que ficaram à disposição de todos, durante qualquer momento do mesmo.

Estando habituada a trabalhar com grupos, sei das resistências que podem ocorrer em relação à participação em jogos ou técnicas de grupo, por isso me preocupei com a escolha e o encaminhamento adequado da dinâmica, sabedora de que ela não objetiva somente o lúdico ou o relaxamento, “compromete os participantes a viver algo que os comova, que os arrebate e que os envolva num conflito, possibilitando a re-significação da aprendizagem, a ampliação dos horizontes e da visão do mundo” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001, p.150).

Sensibilização

O encontro iniciou com uma dinâmica de apresentação e integração denominada “A trilha” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001, p.150). Esta dinâmica tinha como objetivo auxiliar a vivenciar a prática da solidariedade e resgatar o compromisso com o outro (Anexo E). Esta sensibilização durou, aproximadamente, 30 minutos e contou com a adesão de todos os integrantes do grupo. Nesta técnica dois grupos deveriam cruzar ao mesmo tempo, em sentido contrário, uma trilha formada pelos sapatos dos participantes, sem pisar o pé no chão.

No momento em que foi solicitado para que os dois grupos cruzassem a trilha em sentidos opostos, ao mesmo tempo, houve um murmúrio generalizado de expressões tais como: “Mas como?” “Não vai dar!” Mas também houve quem dissesse: “Dá, sim! Um ajuda o outro. A gente se segura. Vamos lá!”.

Durante o trajeto, destacaram-se: um auxiliar de enfermagem e uma enfermeira na organização da operação. Os demais seguiam as instruções.

Após a sensibilização solicitei que os integrantes interpretassem a sensibilização dizendo: Que significados poderia ter esta trilha percorrida? Quais os sentimentos evidenciados pelo grupo? Responderam que: “a trilha é o nosso caminho, todo dia tem obstáculos que a gente consegue ultrapassar” e “se um não ajudar o outro, se não apoiar o outro. Sozinha a gente não consegue”.

Em seguida apresentei às pessoas que não participaram das entrevistas o roteiro de observação da passagem de plantão (Anexo B); as perguntas da entrevista (Anexo A) para inseri-las no processo de discussão.

Isto posto, apresentei o termo de consentimento livre e esclarecido para participação no grupo focal, que foi assinado por todos. A seguir distribuí material com apresentação do perfil dos trabalhadores entrevistados e os resultados das entrevistas.

Após as entrevistas, que foram gravadas, havia transcrito as fitas para que, de uma forma preliminar, pudesse apresentar estes dados aos entrevistados no grupo focal para podermos validá-los e refletirmos sobre a passagem de plantão

Para iniciar os debates apresentei um quadro com as categorias construídas a partir do obtido nas entrevistas e na observação. Os dados e categorias contidos no quadro estão descritos abaixo nos itens que seguem: a) entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho; b) fatores que interferem na passagem de plantão e no processo de trabalho e c) organização e condições de trabalho.

4.3 Análise dos dados

Na etapa de análise dos dados considerei as informações obtidas nas entrevistas e nas discussões do grupo focal, como também, as informações colhidas através das observações e do estudo documental.

Para identificar as categorias a serem debatidas no grupo focal, estudei o resultado das entrevistas, da observação, da primeira etapa do estudo documental, fazendo inicialmente uma pré-análise dos dados em que procedi a leitura flutuante dos mesmos, a partir das transcrições e codificação das entrevistas, identificando por letras de A a O, correspondendo uma letra para cada respondente.

Na fase de exploração do material, fiz novas leituras do mesmo, assinalando idéias que considerava importantes na busca da organização do material coletado, visando o destaque de temas-chave.

A codificação das categorias visava reconhecer no relato dos entrevistados, palavras, frase ou temas-chave que se repetiam na fala dos mesmos.

Para Trentini e Paim (1999, p. 105) categorias são um “conjunto de expressões com características similares ou que tenham estreita relação de complementaridade estabelecida de acordo com determinado critério”.

Às categorias de análise que foram agrupadas pelas diferenças e semelhanças e submetidas a reflexão/avaliação do grupo de trabalhadores no grupo focal, foram acrescentadas das informações obtidas na segunda etapa da pesquisa.

O quadro abaixo apresenta as categorias e sub-categorias.

Quadro 02 – Categorias surgidas a partir do obtido nas entrevistas e na observação, e apresentadas no grupo focal como temas geradores.

<i>Entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho</i>	<i>Fatores que interferem na passagem de plantão e no processo de trabalho</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento da passagem de plantão no contexto do processo de trabalho ✓ é uma das atividades desenvolvidas pela enfermagem; ✓ deveria ser o elo integrador entre os turnos de trabalho; ✓ é uma continuidade da assistência depende das informações passadas na passagem de plantão; ✓ passagem de plantão não é só o término da jornada de trabalho; ✓ é um espaço de troca de informação; ✓ informações erradas e incompletas podem causar dano ao doente; ✓ há problemas na qualidade dos registros. • A inserção da educação continuada na passagem de plantão ✓ é uma possibilidade que pode trazer ganhos para a equipe; ✓ de difícil viabilidade pelo cansaço da equipe e pela falta de motivação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de trabalho ✓ telefone; ✓ campainhas; ✓ alto-falante; ✓ local inadequado – Posto de Enfermagem (trânsito de pessoas); ✓ horários dos funcionários diferentes; • A participação dos funcionários na passagem de plantão ✓ desatenção dos funcionários; ✓ fazer outras atividades durante a passagem de plantão, como tirar medicação; ✓ chegadas tardias durante a passagem de plantão; ✓ conversa. • Relações de trabalho ✓ falta de detalhamento das informações; ✓ inexistência de um coordenador; ✓ falta de consciência de que a passagem de plantão não é atribuição exclusiva do enfermeiro. • Organização do trabalho

4.4 Aspectos éticos

Foram fornecidas informações sobre o propósito da pesquisa e seus objetivos, sendo assegurado aos participantes o direito a expressar-se na livre opção por participar, ou não, da mesma e garantida a não identificação dos respondentes com vistas a manter a confidencialidade dos depoimentos.

Foi ressaltado o uso dos dados para fins exclusivos desta pesquisa, sem nenhuma repercussão na vida profissional dos participantes da mesma.

O projeto foi apresentado à Comissão de Ética da instituição onde foi realizada a pesquisa, conforme Resolução do CNS-MS 196/96, um instrumento de natureza bioética, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos C e D).

Pavelqueires et al. (1995), citando Vasquez definem ética como

teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, o da moral, considerado na sua totalidade, diversidade e variedade. O valor da ética como teoria está naquilo que explica, e não no fato de prescrever ou recomendar com vistas à ação em situações concretas, mas a ética deve fornecer a compreensão racional de um aspecto real, efetivo, do comportamento dos homens (...) é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens na sociedade.

Schneider et al. (1995, p. 172) referem que os valores éticos que dirigem a prática médica dizem respeito, também, aos demais profissionais de saúde, principalmente, no que se refere à beneficência¹³. Continuam abordando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu art. 26, que considera que o cliente e sua família devem ser informados a respeito da assistência de enfermagem, com seus benefícios, riscos e conseqüências. Esta foi uma dimensão ética abordada no encontro, pois o cliente, na maioria das instituições, não participa do planejamento de seu cuidado e, menos ainda, participa da passagem de plantão para ouvir e/ou participar dos relatos.

Busquei, com o desenvolvimento desta pesquisa, contribuições para uma re-organização do trabalho da enfermagem, especificamente da passagem de plantão, por meio

¹³“A bioética fundamenta-se em três princípios: 1. o princípio da autonomia; 2. o princípio da beneficência e 3. o princípio da justiça” (SEGRE, M; COHEN, C.(Org.) São Paulo: Ed. Da USP, 1999).

de um processo de reflexão com sujeitos que se tornam construtores de sua própria história, dentro e fora de seus espaços de trabalho. Busquei, também, compartilhar com os sujeitos da pesquisa, minhas incertezas, desafios e achados para que o resultado de minha pesquisa fosse assumido pelo grupo, podendo daí sim, ser um desencadeador de mudanças no trabalho cotidiano dos mesmos, evitando que este trabalho perca a sua dimensão ética e o poder de auto-realização dos sujeitos trabalhadores (LEOPARDI, 1999).

5 RESULTADOS

O processo de pesquisa escolhido para a análise da passagem de plantão no contexto do trabalho coletivo da enfermagem, se coloca na perspectiva de um processo reflexivo emancipatório¹⁴, pois considerou uma interação teoria e prática visando superar a dicotomia entre estas duas categorias (SOUZA et al.,1991, p. 4). Considerou, também, os componentes de autonomia, liberdade, cidadania, consciência crítica e construção coletiva¹⁵, contribuindo no próprio ato de pesquisar com a possibilidade de construção de novas formas de prestação de cuidados ao sujeito hospitalizado e a nós mesmos.

5.1 O hospital onde foi desenvolvida a pesquisa

5.1.1 Caracterização geral do hospital

¹⁴ Nietzsche (1999, p.113) entende que “emancipação se constitui em direito de conquista de um espaço de liberdade e de autonomia para o sujeito vivenciar a sua cidadania.”

¹⁵ Construção coletiva entendida como “ação com sentido e intenção onde a produção coletiva está permeada de construções simbólicas, de poderes e deve ser entendida não como uma simples agregação” (RAMOS, 1999, p.106).

5.1.1.1 Estudo documental

O estudo dos documentos foi realizado com o objetivo de visualizar as relações de hierarquia na instituição, como também detectar a sistematização da assistência de enfermagem na mesma.

Os dados obtidos também foram utilizados para a sistematização dos temas geradores na reflexão coletiva do grupo focal.

O hospital estudado está vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e subordinado às políticas advindas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde. Mesmo em relação a política de recursos humanos, financiamento, estrutura organizacional, recursos disponíveis, e outros fatores, a instituição não possui autonomia.

O hospital possui como Missão: “promover a saúde, prestando assistência de qualidade para atingirmos a excelência no atendimento aos portadores de doenças infecciosas e pulmonares, atuando como centro de referência para o Estado de Santa Catarina, visando o bem estar do indivíduo, família e comunidade” (www.saude.sc.gov.br/ acesso em 28/06/02).

O diretor é indicado pelo Secretário de Estado da Saúde e é a autoridade máxima do hospital.

As demais gerências e chefias de serviço são escolhidas pelo diretor.

Subordinadas ao diretor estão as gerências técnica, de enfermagem e administrativo-financeira.

À gerência administrativo-financeira estão subordinados à seccional de pessoal, serviços gerais, serviço de farmácia e de nutrição entre outros.

Para a organização do trabalho médico existem dois cargos: um gerente técnico que organiza os serviços técnicos auxiliares – serviço social e fisioterapia, serviço de métodos-diagnósticos e de esterilização, entre outros – e um chefe de corpo clínico que ao mesmo tempo em que é subordinado ao diretor, ocupa uma posição diferenciada que parece sinalizar um tipo especial de autonomia e poder superior às gerências, que ocupam o mesmo nível hierárquico no organograma e na linha de poder.

A enfermagem é a gerência com o maior contingente de trabalhadores, com cento e sessenta e três trabalhadores de um total de 357 (45,6%), em junho de 2002 e situa-se na hierarquia superior da organização da instituição.

Nesta instituição não existe definição de uma metodologia da assistência de enfermagem a ser implementada. Existe uma normatização que define quais são as funções do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem, especificando tarefas de acordo com as diretrizes previstas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Funciona mais como uma normatização para orientar a distribuição de tarefas, bem como possibilitar cobranças em relação a sua realização ou não.

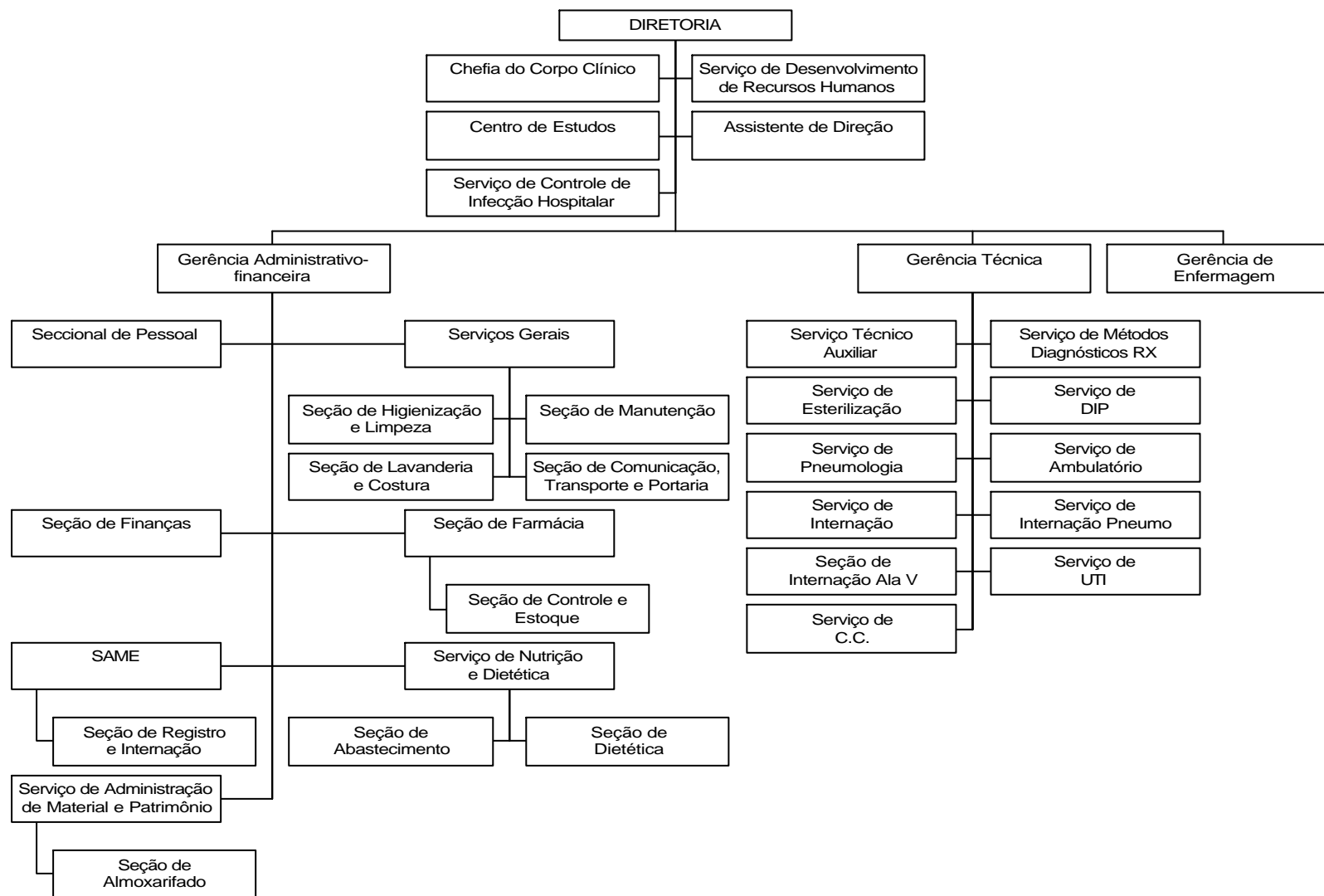
Nesta normativa não há menção sobre a passagem de plantão nas atribuições do Técnico em Enfermagem, mas está listado como atribuições do Enfermeiro e do Auxiliar de Enfermagem.

Não existe uma normatização de funcionamento da gerência de enfermagem e, tampouco, existe uma política assistencial de enfermagem, de forma explícita.

A enfermeira que ocupa a gerência de enfermagem não é escolhida pelos demais trabalhadores da enfermagem, sendo designada pelo diretor do hospital e não tem mandato definido. O gerente permanece enquanto esta for vontade sua ou do diretor.

O organograma do hospital permite uma visualização do fluxo de poder na instituição.

Organograma do hospital estudado



5.1.2 As unidades estudadas

Para um melhor entendimento da realidade da passagem de plantão elaborei um quadro adaptando o que foi feito por Pires (1998, p. 179), por mostrar, esquematicamente, as principais características das unidades estudadas nas quais o trabalho de enfermagem é desenvolvido. A reflexão sobre a passagem de plantão desenvolveu-se no cenário descrito a seguir, o qual delimita o campo em que os resultados foram obtidos.

Quadro 03: Características gerais das unidades de internação estudadas (informações colhidas na oficina).

Características	Unidade 1	Unidade 2
População atendida	100% é doente de AIDS, destes 60% são dependentes químicos. Adultos de ambos os sexos.	100% portador de pneumopatias, adulto idoso, de ambos os sexos.
Problemas de saúde pelos quais estão internados	Neurotuberculose; neurocriptococose; toxoplasmose; sarcoma de Kaposi; diarreia crônica; citomegalovirose; hepatite medicamentosa e outras doenças oportunistas.	DPOC; enfisema; câncer; asma e pneumonias.
N.º de leitos	36	38
N.º de trabalhadores de enfermagem/leito/diurno	Manhã – 7 funcionários no total, isto é, cada funcionário cuida, em média, de 5,1 pacientes. Tarde – 6 funcionários, isto é, cada funcionário cuida, em média, de 6 pacientes. Vínculo empregatício – 99% contrato temporário. ¹⁶	Manhã – 6 funcionários, isto é, cada funcionário cuida, em média, de 6,3 pacientes. Tarde – 5 funcionários, isto é, cada funcionário cuida, em média, de 7,6 pacientes. Vínculo empregatício – 90% contrato temporário.
N.º de trabalhadores de enfermagem/leito/noturno	5 funcionários em cada equipe, isto é, cada funcionário cuida de 7,2 pacientes. Vínculo empregatício – 80% efetivo	4 funcionários em cada equipe, isto é, cada funcionário cuida de 9,5 pacientes. Vínculo empregatício – 90% efetivo
Direito à acompanhante	Todo paciente maior de 60 anos tem direito a acompanhante ou através de solicitação da equipe.	
Área Física	Ambas as unidades não possuem local específico para a passagem de plantão, utilizando o posto de enfermagem, a sala de prescrição e, até mesmo, o corredor para o desenvolvimento da mesma.	

¹⁶ É um contrato regido pela CLT que pode ser renovado por 2 anos conforme Medida Provisória n.º 91 de 05/10/2000 que dispõe sobre as contratações temporárias na Secretaria de Estado da Saúde/SC.

Analisando o quadro percebe-se que a relação trabalhadores de enfermagem/leitos/diurno não apresenta diferenças significativas entre as duas unidades. As duas unidades estudadas são classificadas pela Gerência de Enfermagem como unidades que prestam cuidados intermediários¹⁷ aos clientes. E, até a inauguração da UTI em 1998, cuidavam de pacientes graves até conseguir encaminhamento para outro hospital que possuísse UTI.

Em relação à qualificação destes trabalhadores observo que na Unidade 1, 39,4% dos trabalhadores são técnicos de enfermagem, 47,3% são auxiliares de enfermagem e 13,1% são enfermeiros. Sendo que existe um enfermeiro por turno, mas no período noturno este enfermeiro é responsável, também, por mais uma unidade com 12 leitos. Nesta unidade, durante os quinze primeiros dias do mês, permanece um auxiliar de 12 horas, que não computei por considerar que, normalmente está substituindo outro servidor. Na Unidade 2, 51,5% dos trabalhadores de enfermagem são auxiliares de enfermagem, 33,3% são técnicos de enfermagem e 15% são enfermeiros, sendo que os enfermeiros do noturno são responsáveis, também, por outra unidade com 20 leitos.

A Resolução n.º 189 de 25 de março de 1996, do Conselho Federal de Enfermagem, estabelece “parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde” e prevê em seu Art. 5º - “A distribuição percentual, do total de profissionais de Enfermagem, deverá observar as seguintes proporções, observando o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP): para assistência mínima e intermediária, 27% de Enfermeiros (mínimo de seis) e 73% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem”.

Na Unidade 1, a equipe de enfermagem é composta em 86,7% por profissionais de nível médio e 13,1% por enfermeiros, evidenciando o déficit percentual de enfermeiro em relação ao conjunto da equipe de enfermagem. O déficit também ocorre em números absolutos, pois a mesma Resolução determina que neste tipo de unidade o número mínimo de enfermeiros é seis e, nas duas unidades estudadas existem somente 5 enfermeiros lotados nas escalas.

Na Unidade 2, a relação é de 83,8% para profissionais de nível médio e 16,1% para enfermeiros, portanto a defasagem de enfermeiros é de 10,9% .

¹⁷ Assistência intermediária: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, requerendo avaliações médicas e de Enfermagem com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (COFEN, Res.189/94).

Considerando esta mesma Resolução¹⁸ seria necessário, para a unidade 1 aproximadamente, 14 enfermeiros e 39 profissionais de nível médio e, para a unidade 2, 15 enfermeiros e 41 profissionais de nível médio.

Quanto à presença de acompanhantes, em ambas as unidades, todo paciente maior de 60 anos tem direito a acompanhante ou através de solicitação da equipe.

Quanto à área física as duas unidades não possuem local específico para a realização da passagem de plantão, desenvolvendo esta atividade em espaços físicos inadequados para o processo, como posto de enfermagem, sala de prescrição e, até mesmo corredor, possibilitando um grande número de fatores que podem interferir na qualidade da passagem de plantão.

Em ambas as unidades os pacientes são internados através do ambulatório do hospital e/ou encaminhados de consultórios dos médicos que atuam no hospital. A distribuição dos pacientes por médico se dá por escala de sobreaviso, se quem encaminhou não é médico da instituição. Os pacientes que já tiveram internações anteriores podem internar para o mesmo médico que os estava acompanhando.

Neste hospital, a enfermagem não possui uma metodologia assistencial. Nas unidades estudadas é utilizado o sistema de cuidado integral. A distribuição dos pacientes, por trabalhador é feita pela enfermeira do turno, considerando a gravidade e a complexidade dos cuidados a serem prestados, acrescentando algumas atividades burocrático-administrativas. Esta forma de divisão de trabalho é empregada em outras instituições como na pesquisa realizada por Pires (1998, p. 193) em hospitais da região sul do país.

O hospital possui assistente social, fisioterapeuta e nutricionista que atendem a todo o hospital. Apesar de ser um hospital referência para pessoas com AIDS, não possui psicólogo,

¹⁸ O anexo 1 da referida Resolução estabelece critérios para os cálculos de pessoal, considerando-se a jornada de trabalho, as necessidades por turnos, a qualificação dos trabalhadores disponíveis, além de considerar um percentual “de segurança técnica”.

profissional que considero indispensável na equipe multiprofissional, principalmente, neste caso específico de doença.

Em relação à jornada de trabalho, neste hospital é de 20 horas semanais, para os médicos e de 30 horas semanais para as demais categorias profissionais.

5.1.1.3 A força de trabalho com base na caracterização dos entrevistados

O quadro, a seguir, mostra o perfil dos entrevistados e participantes do grupo focal.

Quadro 04: Perfil dos entrevistados e participantes do grupo focal. Florianópolis, 2002.

CARGO	TEMPO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO	ESCOLARIDADE		N.º DE EMPREGOS	SEXO	N.º DE FILHOS	ESTADO CIVIL		RENDA TOTAL MENSAL*	
									R\$	U \$**
AE – G	9 meses	2º grau		01	F	02	solteira		670,00	290
AE – D	7 anos	2º grau		01	M	01	casado		1.000,00	436
AE – C	1 ano e 8 meses	2º grau (cursando)		01	F	01	solteira		680,00	298
AE – I	3 anos	2º grau		02	M	-	casado		-	-
TE – H	4 a e 11 meses	3º grau (cursando)		01	F	00	Solteira		660,00	289
TE – B	3 anos e meio	2º grau		01	F	01	solteira		730,00	320
E – F	7 anos	Superior Especialista		02	F	01	solteira		3.000,00	1.315
E – A	1 ano	Superior		03	F	0	solteira		1.500,00	658
E - M	9 anos	Superior		01	F	02	casada		1.300,00	526
E – J	14 anos e 11 meses	Superior		02	M	03	casado		1.700,00	746
E - L	17 anos e 5 meses	Superior		02	F	01	solteira		2.000,00	877
Liderança O	15 anos	Especialista e Mestra em enfermagem		02	F	02	casada		3.100,00	1.359
Liderança N	18 anos	Mestra em Enfermagem		02	F	00	casada		1.800,00	789
E – E	14 anos	Superior Especialista		01	F	01	casada		1.700,00	746

TOTAL DE SUJEITOS PESQUISADOS	14	VARIACÃO DE TEMPO NO TRABALHO	Cargo	Período	Escolaridade	%	N.º de empregos	%	SEXO		Média de filhos	Estado Civil		Cargo	Renda Mensal média			
									F	M		C	%		Cargo	R\$	U\$	
																S	%	Cargo
			AE	9m a 7 anos	Ensino Fundamental	7			78,6%	21,4%	0,8							
			TE	3 a e 6 meses a 4 a e 11 meses	Nível médio	36	03	10						C	50%	AE	783,00	343
					Superior	57	02	30										TE
			E	1 a 18 anos	Especialista	21	01	60						S	50%	E	2.012,00	882
					Mestrado	14	02	100										

Legenda: AE – Auxiliar de enfermagem; TE – Técnico de Enfermagem; E – Enfermeiro

* renda mensal considerando todos os vínculos empregatícios.** 1 Dólar = R\$ 2,28 (12/04/02)

As letras A, B, C, ...O identificam os diferentes entrevistados.

O perfil dos trabalhadores que participaram do estudo refere-se ao cargo ocupado na instituição, tempo de trabalho na instituição, escolaridade, número de empregos, sexo, número de filhos, estado civil e renda mensal.

Em relação ao cargo ocupado na instituição (níveis de formação), 28,57% dos entrevistados eram auxiliares de enfermagem; 14,28% técnicos de enfermagem e 57,14% enfermeiros.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, variou de 9 meses a 18 anos, sendo que 42,8% dos entrevistados estão a menos de 7 anos na instituição e 57,2% estão há mais de sete anos na instituição. Este dado mostrou que as reflexões foram feitas por pessoas que já estão há algum tempo na instituição, sendo possível que já tenham passado pelo ajustamento primário e secundário, portanto, já podem ter descoberto o caminho mais confortável para se manterem na instituição moldando-se a mesma e evitando o sofrimento no trabalho.

Em relação à escolaridade, percebe-se que a escolaridade mínima é segundo grau incompleto. 7,14% estão cursando o 2º. Grau; 28,57% possuem 2º. Grau completo; 7,14% estão cursando faculdade de enfermagem; 57,1% possuem curso superior, sendo que destes, 14,2% possuem curso de especialista, 7,1% possuem curso de especialista e Mestrado e 7,1% possuem Mestrado.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, 50% são solteiros e 50% casados, sendo que observei que 100% dos homens são casados; 63,6% das mulheres são solteiras e 36,4% casadas. Observei, também, que das mulheres com filhos, 62,5% são solteiras e 37,5% casadas.

43% dos entrevistados tem duplo vínculo empregatício, isto é, tem mais um trabalho remunerado além do hospital estudado. 7% dos entrevistados tem triplo vínculo. Portanto, 50% dos trabalhadores possuem mais de um emprego remunerado. Esta realidade percentual também assemelha-se a encontrada no total de trabalhadores das unidades estudadas, como pude comprovar posteriormente, solicitando este dado à gerente de enfermagem. Interessante destacar que a maioria (80%) é mulher e com filhos, que além do trabalho remunerado, ainda inicia uma jornada doméstica além das 12 horas de trabalho nos demais vínculos empregatícios.

Do total de todos os trabalhadores das duas unidades, e não somente dos que participaram da pesquisa, conforme informação verbal da gerente de enfermagem,

aproximadamente 40% possuem vínculo empregatício com este hospital e, também, possuem outras formas de trabalho remunerado.

Dos trabalhadores que possuíam múltiplos vínculos de trabalho e participaram das entrevistas e do grupo focal, 71,5% trabalhavam em outras instituições de saúde ou eram professores de cursos de enfermagem; 28,5% trabalhavam em outras áreas como guia turístico e processamento de dados.

O múltiplo vínculo foi identificado como um dos fatores prejudiciais mais importantes em relação a passagem de plantão, devido ao cansaço e a necessidade de se ausentarem ou chegarem mais tarde ao trabalho.

A renda mensal total, considerando todos os empregos, variou de R\$ 660,00 a R\$ 3.100,00 sendo que 28,5% recebe menos de R\$ 1.000,00; 42,8% recebe de R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00, 21,4 % recebe mais de R\$ 2.000,00, e 7,3% dos entrevistados não informou a renda. Comprovando assim, a baixa remuneração dos trabalhadores da área da saúde e a assimetria salarial mesmo dentro de um mesmo grau de formação.

5.2 O trabalho da enfermagem na instituição

O trabalho da enfermagem é parte do trabalho coletivo institucional exercido por diversos profissionais de saúde: médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos entre outros.

O objeto de trabalho são seres humanos e o trabalho depende de uma relação entre profissionais de saúde e doente. Estes doentes são indivíduos que estão vivendo um momento especial na sua vida, necessitando de cuidados profissionais em saúde. Cada um em sua subjetividade singular, ao mesmo tempo é parte de uma cultura e de uma sociedade histórica.

No caso dos doentes atendidos em uma unidade estudada, existem sujeitos portadores de HIV/AIDS, muitos envolvidos com consumo de drogas, inclusive durante o período de internação, o que gera dilemas éticos a serem enfrentados cotidianamente pelos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, que presta cuidados nas 24 horas do dia e nos 365 dias do ano. Esta situação envolve uma questão policial, devido à repressão que a sociedade impõe ao consumo de drogas; uma questão econômica – devido a possibilidade de consumir drogas e

tornar-se dependente do narcotráfico e uma questão relativa à liberdade - o indivíduo decidir o que fazer com a vida dele.

Nesta unidade o trabalho da enfermagem torna-se de extremamente complexo por envolver, além do trabalho assistencial, que é complexo por natureza, todas as variáveis colocadas acima.

O depoimento de uma enfermeira aponta esta situação e suas implicações no conjunto de trabalho assistencial, ao posicionar-se quando questionei sobre a possibilidade de passagem de plantão por “rounds”.

Para passar plantão por rounds temos que ir no solário com os pacientes. Porque nossos pacientes ficam todos no solário¹⁹ [...] é que lá eles usam drogas. Aí eu vou ter que ir lá, no meio deles usando drogas, lá na rodinha. (Enfermeira M).

Os integrantes do grupo focal disseram que apesar da instituição coibir o uso de drogas, é praticamente impossível controlar seu uso, porque os sujeitos hospitalizados não são prisioneiros da instituição, podendo se locomover e receber quem eles desejarem.

Outro depoimento aponta que esta característica dificulta a relação entre trabalhadores de enfermagem e doentes.

A nossa unidade tem um agravante que são os pacientes. O jeito que eles tratam aqui com a gente. A gente, às vezes, está trabalhando, medicando e eles estão lá fora usando drogas. Estão ‘chacotando’ da gente (Auxiliar de Enfermagem D).

Quando ouvi isto pensei: como permitir o uso de drogas? Como conviver no local de trabalho com este risco? Como pode ser assim? Entretanto, após este pensamento ir-e-vir, freqüentemente, comecei a me achar preconceituosa, mas percebi, também, que a instituição está inserida nesta sociedade, sendo assim, os pacientes internados vêm desta sociedade que não está conseguindo controlar o avanço do narcotráfico e, tampouco oferecer possibilidades adequadas e locais em número suficiente para tratamento aos dependentes químicos. E, principalmente, possibilidade de tratamento em unidade pública. Uma sociedade, que cada vez mais, oferece menos perspectiva de um futuro aos jovens, à população economicamente ativa e aos idosos. Aliado a esses aspectos, segundo Furtado (1992, p.17) a existência dos mercados de drogas produz o que ele chama de

¹⁹ Com vistas a facilitar a compreensão do leitor, todas as falas que dizem respeito às informações obtidas dos participantes da pesquisa estão organizadas com recuo, sem aspas e em itálico e, as demais citações, que são de outros autores seguem as Normas da ABNT.

‘externalidades negativas’, tanto do ponto de vista dos consumidores individuais, quanto da sociedade. Estas externalidades se manifestariam, por exemplo, na elevação da criminalidade, fazendo com que outros indivíduos estejam dispostos a pagar um preço para coibirem a ação de produtores e traficantes de drogas. Em uma perspectiva mais global, a ampliação do mercado de drogas ameaça, pelos efeitos sobre a saúde física e mental dos indivíduos, a própria reprodução da força de trabalho, o que certamente contribuiria para reduzir o nível de bem-estar geral da sociedade.

Assim sendo, a enfermagem, além de ter que conviver com condições de trabalho onde existem material de consumo e permanente em quantidades insuficientes, relação de trabalhadores / leitos muito abaixo do preconizado pela legislação, baixos salários, sobrecarga de trabalho e jornada de trabalho muito longa, ainda é submetida ao ambiente de tensão na relação sujeito hospitalizado/trabalhador de enfermagem. Vive uma ambigüidade de sentimentos sobre que atitudes tomar em relação ao consumo de drogas na unidade: uma atitude repressora, uma atitude de *laissez-faire* ou uma atitude terapêutica para o qual nem sempre está preparada.

Esta questão não será aprofundada nesta pesquisa, por não se constituir em uma das categorias da mesma. Entretanto, achei a questão bastante significativa, complexa e polêmica em relação a dimensão ética, entendendo que deveria fazer um registro desta situação vivenciada pelos trabalhadores da saúde nesta unidade, que interfere significativamente no processo de trabalho.

5.3 A passagem de plantão

A passagem de plantão é uma das rotinas vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem nas instituições de saúde de uma forma geral. Existem rotinas para atividades que são prestadas diretamente ao sujeito hospitalizado, como também, rotinas que antecedem ao atendimento deste sujeito, como esterilização de materiais a serem utilizados para o seu atendimento.

Ferreira (1999, p. 1785) define rotina como “um caminho já percorrido e conhecido, em geral trilhado maquinalmente, rotineira”. Vista desta forma a passagem de plantão, na grande maioria das vezes, não passa de uma rotina cumprida maquinalmente, rotineiramente e de forma impensada.

Silva e Poli (2001, p. 95) citando Hampton consideram o uso de rotinas no trabalho como um fator negativo e citam como características a inflexibilidade e a imutabilidade. Referem que

a inflexibilidade das rotinas burocratizadas pode tornar a organização insensível, assim como pode prejudicar as comunicações e o desenvolvimento do conhecimento, levando à ineficácia dos serviços. A imutabilidade das rotinas tende a tornar o ambiente rígido e incapaz de ajustar-se às mudanças.

Com a passagem de plantão não acontece diferente. A rotina inibe a criatividade e desmotiva os participantes desta ação de enfermagem, pois não visualizam este espaço como parte de um trabalho profissional e que pode ser utilizado de forma criativa trazendo ganhos aos trabalhadores, bem como contribuir para uma melhor qualificação da assistência. A rotina também serve de apoio para quem prefere manter-se na zona de conforto protegendo-se do risco de conflitos. Entretanto, a fala desta entrevistada mostra que existe uma possibilidade para que ocorra esta “quebra” de rotinas.

A nossa profissão é cheia de padrões, normas, técnicas e rotinas e, claro, a gente está aqui para quebrar muitas delas, desde que seja para o benefício do paciente (Liderança 2).

Observei três passagens de plantão, duas na unidade 2 e uma na unidade 1 e, nestas observações pude constatar, que os problemas percebidos por mim, já aparecem na bibliografia desde 1974, conforme artigo escrito por Jorge e demais autores referenciados na revisão de literatura. Pretendia observar duas passagens de plantão, mas após concluí-las, resolvi observar mais uma passagem de plantão, vislumbrando perceber uma outra realidade, o que não ocorreu. Esta observação só corroborou o anteriormente identificado. Em todas as observações o doente era identificado pelo número do quarto e nome e a passagem do plantão ocorre quando existe a presença de, pelo menos, dois integrantes da próxima equipe. O que também foi confirmado em vários depoimentos.

Existe um acordo tácito em se passar o plantão da enfermagem até às 7h, 13h e 19h. Isto porque o turno de trabalho é de seis horas no período diurno, iniciando às sete horas da manhã com término às treze horas. O turno vespertino inicia às treze, terminando às dezenove horas quando começa o turno noturno, que termina somente às sete horas da manhã do outro dia. Nos dias observados houve pontualidade, inclusive iniciando antes das dezenove horas em um caso. O tempo utilizado para a passagem de plantão variou entre 11 e 15 minutos.

Além de querer dar conta de todas as atividades e técnicas de enfermagem a serem executadas, a enfermagem tem pressa na passagem de plantão, não só devido aos múltiplos

vínculos empregatícios, mas também por outros fatores, como chegar em casa rápido para cuidar dos filhos ou pegar ônibus, ou até mesmo pelo hábito de deixar a unidade e os pacientes arrumados e limpos para o momento da visita médica, que normalmente ocorre pela manhã.

A passagem de plantão é realizada em sala (Posto de Enfermagem, sala de prescrição) com trânsito de pessoas, ruídos e outras interferências.

As salas não apresentam estrutura adequada, pois são destinadas a outras finalidades, portanto, os trabalhadores não se instalam confortavelmente, para poder passar o plantão. A maioria permanece de pé, após o turno de trabalho de seis ou doze horas e o telefone interrompe o processo várias vezes.

5.3.1 A coordenação da passagem de plantão e a participação dos envolvidos

A passagem de plantão é coordenada pela enfermeira, sempre que ela está presente.

Em uma das unidades a enfermeira que coordenava o plantão atendeu ao telefone celular. Houve desentendimento em relação a cuidados não prestados pelo turno que recebeu o plantão. A técnica, que recebia, dizia que em plantão anterior, havia passado determinado cuidado para a pessoa que seria responsável e, que não assumiria porque não era a coordenadora daquela unidade. “Quem coordena por que não viu?”

Em uma das observações, a enfermeira que passaria o plantão, saiu mais cedo, por problemas pessoais. Neste dia, ficariam dois funcionários para passar o plantão para o turno noturno, mas como houve necessidade de encaminhamento de um paciente para outro hospital, a unidade ficou somente com um funcionário. Então, durante a passagem do plantão, esta pessoa atendeu ao telefone, levantou para instalar soro que havia acabado, parando várias vezes a passagem de plantão. O enfermeiro do turno que pegaria o plantão estava presente.

A ausência dos enfermeiros na passagem de plantão, na maioria das vezes, se deve ao duplo vínculo empregatício.

Alguns funcionários não ficavam no posto de enfermagem, mas pediam informações da sala de prescrição, anexa. Estes funcionários copiavam a prescrição médica dos pacientes durante a passagem de plantão. Aliás, a maioria do pessoal do diurno continuava a prestar os cuidados não parando para a passagem de plantão. Considerando que a passagem de plantão é um momento de integração entre as equipes de trabalho por que será que esta integração

parece tão frágil? Por que será que a intersecção entre as equipes parece dar-se somente no nível formal de transmissão de informações? Quando alguém tenta iniciar uma comunicação mais espontânea e sociável frequentemente recebe críticas como a que segue

Cada enfermeiro passa plantão de uma forma. Uns demoram mais, outros vão mais ligeiro. Outras vão mais no assunto do paciente. Outras já fogem um pouquinho, né? Começa a contar do assunto dela. Do dia-a-dia dela mesmo. Isso aí, realmente acontece na passagem de plantão. Inclusive, quando acontece isso a gente sai um pouco, né... Geralmente, quando foge [do assunto] do paciente (Auxiliar de Enfermagem I).

Este comentário mostra a cultura da passagem de plantão centrada na tarefa, na modalidade de cuidado funcional. Nesta modalidade o trabalhador necessita, apenas cumprir bem a sua tarefa, não precisa compreender toda a complexidade da organização do trabalho e, menos ainda, viver num mundo de relações.

Dejours et. al (1994) entende que a organização do trabalho é uma relação socialmente construída e não possui somente a dimensão tecnológica.

O autor, também, refere que a alienação do trabalhador dá-se como uma forma de auto-proteção do sofrimento que a organização prescrita pode promover, muito mais do que uma alienação histórico-econômico-social.

A passagem de plantão só terá um sentido mais amplo quando os integrantes da equipe de enfermagem se apropriarem da “significação profunda do conteúdo” do que pode vir a ser este espaço do trabalho (FREIRE, 1994, p. 81).

Em todas às vezes observadas, faltavam pessoas do turno que passava e do turno que recebia o plantão, chegando inclusive durante a mesma. Ocorreu uma situação em que um funcionário, mesmo estando na unidade, somente ao final da passagem de plantão sentou-se para assistir a mesma.

Em relação ao comportamento das pessoas, durante a passagem de plantão. Enquanto um passava o plantão o grupo que recebia tirava as prescrições; interrompia reclamando que estava faltando medicação nas gavetas; telefonavam para a farmácia; cortavam algodão; um folheava uma revista que se encontrava no posto, mas apesar disso fazia comentários.

Observei, também, que os trabalhadores da enfermagem entendem que fazem parte da instituição, mas com um significado de fazer parte da organização onde trabalham. Esta participação aparece como uma ação descomprometida e decidida por outros, com muito pouca aproximação do tomar parte em algo, no sentido da enfermagem intervir na escolha de

seus caminhos, ou de estar presente na vida da organização, ou mesmo de definir os rumos para a atuação do grupo da enfermagem. Esta postura é reforçada pela política institucional, que não estimula a participação dos trabalhadores e tampouco propicia boas condições de trabalho (trabalhadores em número suficiente, remuneração adequada). Essas condições inadequadas favorecem o duplo vínculo de trabalho e levam ao cansaço físico e mental, aumentando a indiferença em relação ao processo de trabalho em si, e a falta de forças e/ou vontade de se contrapor ao sistema.

Assim o trabalhador se torna alienado, pois nesta estrutura institucional o trabalho há muito tempo já deixou de fazer parte da natureza do trabalhador, levando-o a desconhecer o processo de trabalho de forma integral e, conseqüentemente, levando-o a desinteressar-se pelo mesmo.

Outro fator que aumenta a alienação²⁰ é a não participação dos trabalhadores no processo decisório. A instituição muitas vezes, quando permite a participação dos trabalhadores é para minimizar a resistência às mudanças e não como um ato democrático de participação.

Na enfermagem existe um cronograma anual de reuniões mensais para enfermeiros. Nesta reunião são apresentadas propostas de trabalho para discussão e aprovação ou não. São reuniões informativas e para resoluções de problemas. A participação do enfermeiro do período noturno é praticamente inexistente. Não existe participação dos trabalhadores de nível médio. Para estes, existem reuniões, não sistematizadas, com as chefes de unidades.

Aqui, buscando apoio em Dejours (1994) ocorre o trabalho fatigante, a energia psíquica se acumula, aparecendo fadiga, astenia, desprazer.

No que diz respeito à tonalidade da voz e qualidade das informações durante a passagem de plantão, em todas as observações a voz apresentou-se clara, com boa dicção e em volume adequado. As informações eram objetivas, porém superficiais e, algumas vezes incompletas. A linguagem utilizada era adequada, mas não abordava a dimensão psicológica do cliente, sendo enfatizados os exames, os sintomas e resultados dos controles feitos, como diurese, etc. Era mais informado sobre rotinas administrativas e checagem de medicação.

Havia pouca informação em relação a cuidados a serem prestados. Pouca utilização de vocabulário técnico.

²⁰ Marx entendia alienação como uma forma de viver o mundo e a si mesmo de forma passiva e receptiva, sendo o sujeito separado do objeto (FRÖMM, 1983).

Observei que existe atenção e interesse de alguns, na passagem de plantão, mas convém salientar que como a equipe nunca esteve completa durante minhas observações, resumindo-se a dois componentes, este é um dado de difícil análise devido a incompletude da equipe. Assim sendo, existe maior possibilidades de falhas na comunicação durante a passagem de plantão.

As observações permitiram a percepção de vários problemas no processo de comunicação, que já foram identificados, anteriormente, por vários autores, ou seja que a presença de ruídos, desatenção e a ausência de feed-back, interferem na compreensão da mensagem pelo receptor. A forma de transmissão da mensagem, a postura do comunicador e a do receptor, e o ambiente em que a mesma é transmitida, interferem no processo comunicativo. Pelas observações e pelo disponível na literatura, considero a comunicação como uma questão importante no processo de passagem de plantão, entretanto, no momento do grupo focal esta questão não foi tematizada pelos participantes.

5.4. As reflexões dos trabalhadores de enfermagem sobre a passagem de plantão

5.4.1 Entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho

Os sujeitos desta pesquisa descrevem a passagem de plantão como uma importante atividade no trabalho coletivo de enfermagem em uma instituição do tipo hospitalar e que envolve turnos de trabalho. No entanto, 100% dos sujeitos da pesquisa apontam problemas na forma que a mesma é realizada.

Reflexões feitas, pelo grupo sobre a passagem de plantão

*Às 7h a enfermeira passa plantão para a enfermeira [que chega]. Ficando sempre presentes, a enfermeira e dois funcionários do noturno e do diurno. No mínimo dois. E aí passa tudo que ocorreu com todos os pacientes durante toda a noite. Todas as ocorrências. Às 13h a enfermeira do matutino passa para a enfermeira do vespertino com dois funcionários de cada turno. Idem às 19h (**Enfermeira A**).*

*Eu acho que varia muito de profissional para profissional. Acho que tem profissional que escreve direitinho, mas tem uns que só falam ou só lêem. Só falam dos piores, [referindo-se aos pacientes mais graves] né? (**Auxiliar de enfermagem C**).*

Eu acho bem falha. Não todos os plantões. Eu só recebo plantão. Eu não passo. Geralmente, porque eu saio mais cedo por causa do meu horário de faculdade. Eu,

*geralmente, recebo plantão de manhã. A não ser final de semana que a gente passa também. Mas eu acho bem falha, bem incompleta. Como é que eu posso dizer? Não é levada a sério por muitas pessoas. Independente da categoria se, auxiliar, técnico ou enfermeiro (**Técnica de Enfermagem H**).*

*Nos termos que ela se encontra hoje ela é, até, uma passagem de plantão de boa qualidade. Porque a gente discute sobre o paciente durante a passagem de plantão. Do dia para a noite e da noite para o dia. Há uma discussão sobre o tratamento do paciente (**Auxiliar de Enfermagem D**).*

*Não dá nem para pensar em não ter passagem de plantão. Tem que haver. É fundamental! Eu sei que ela não é satisfatória. Ela pode estar entrecortada, uma série de coisas que se passa que são desnecessárias... (**Liderança O**).*

*Eu faço evolução [escrita]²¹ de todos os pacientes. Eu acho que estas informações geralmente estão até bem completas. Mas jamais passo toda a riqueza das ações de um período todo de trabalho. O escrito não consegue passar tudo (**Liderança N**).*

*Todo mundo tem que se conscientizar que a enfermagem é uma continuidade. São 24 horas, não é 12 nem seis (**Enfermeira - L**).*

Dentre outros problemas destacam-se ruídos, local inadequado, falta de detalhamento das informações e não aproveitamento deste tempo para educação no trabalho.

Tomando por base os depoimentos feitos e a sistematização apresentada no grupo, percebe-se um avanço qualitativo em termos de reflexão, uma vez que a conceituação da passagem de plantão formulada pelo grupo aproxima-se de uma reflexão profissional de quem compreende o conjunto de seu trabalho profissional.

Passagem de plantão é um momento em que há uma troca de informações entre plantões, de intercorrências, cuidados específicos, rotinas da unidade. É uma troca de aprendizado onde a informação deve gerar conhecimento / mudança e, que quando bem feita, facilita a organização do trabalho para garantir a continuidade da assistência.

Continuando as reflexões sobre a passagem de plantão, na perspectiva de enfrentamento dos problemas da prática surge um aspecto significativo que é a dificuldade de implantação de uma ação transformadora.

Para uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e uma práxis transformadora é necessário percorrer um caminho, com diferentes graus de dificuldades dependendo do

²¹ [] colchetes: acréscimo com explicação.

momento histórico, da realidade da instituição, do grau de consciência política e profissional das pessoas envolvidas.

Assim, muitas vezes, o processo de socialização atua acomodando as pessoas e adequando-as às regras institucionais.

Dejours et al. (1994, p. 91) refere que quando a instituição expõe os trabalhadores à exigências inflexíveis deixa aos trabalhadores a alternativa de se adaptarem ao trabalho. Esta adaptação é um meio de sobrevivência e fonte de pressões. Esta adaptação é uma forma de reduzir o sofrimento no trabalho. Como exemplos de defesas contra o sofrimento no trabalho assinala como procedimentos defensivos: desvincilhar-se das responsabilidades; atitude de fechamento em uma autonomia máxima; tática do segredo e “cada um para si”; “passar por cima de seu superior imediato”; enfrentar o sofrimento no silêncio; recusar-se a cumprimentar os colegas; denunciar os outros grupos entre outras formas de defesa.

Há uma desistência muito rápida. Muito rápida. Não há uma continuidade de [...] de idéias. Coloca uma idéia hoje. Todo mundo aprova. ‘Que idéia boa!’ ‘Que idéia boa, amanhã ninguém mais usa.[...] Eu não lembro mais.’ É porque ninguém quer continuar. Ninguém quer assumir um compromisso mais sério. É uma dificuldade grande (Auxiliar de Enfermagem – D).

Essa posição, presente no grupo, pode demonstrar uma resistência às mudanças, no sentido de apatia e descrédito nas possibilidades de mudanças.

Esse descrédito e apatia são explicáveis, pois para se implementar um processo de mudança é necessário muito mais do que a vontade e o esforço intelectual e técnico de quem deseja implementá-la. A mudança “também é um trabalho emocional que utiliza e afeta uma vasta rede de relacionamentos humanos importantes e significativos” (HARGREAVES et al., 2002, p. 131).

Para um processo de mudança, efetivamente, se instalar é fundamental que haja uma internalização dos objetivos da mudança a ser instalada para que venha a surgir uma disposição nas pessoas para o início de novas práticas.

Numa instituição, o ambiente é criado pelos trabalhadores e pela alta hierarquia, que também são criaturas da própria instituição. Assim, a forma de organização do ambiente de trabalho afeta sobremaneira o modo como o trabalho intelectual e emocional são realizados.

Nesta fase podem surgir sentimentos de dúvidas, em relação a capacidade de implementar e manter o processo de mudança, frustração (em relação aos obstáculos a serem enfrentados) e até mesmo pouca motivação para continuar.

Hargreaves et al. (2002) afirmam que: envolver-se, aprender novas práticas e integrá-las na rotina do cotidiano, tornando-as válidas, objetivas e eficazes são etapas a serem seguidas para desenvolver o trabalho intelectual no processo de mudança.

Sem tempo para o trabalho intelectual mais sério, sem espaços no trabalho para o desenvolvimento profissional “para saber sobre o que se deve pensar, sem colegas que estejam dispostos a discutir e esclarecer idéias, o próprio desafio conceitual e intelectual de resolver a confusão das exigências das políticas pode ser avassalador” (HARGREAVES et al., 2002, p. 130).

Outro aspecto que merece destaque e, que apareceu no grupo, foi o papel da escola e a importância que os currículos escolares dão para os relatórios e a passagem de plantão

Os médicos lêem. Se eles riem do que está escrito errado é porque leram. Isso vem muito dos funcionários mais antigos que começam a não escrever e daí eles esquecem os significados daqueles termos. Os mais novos que estão vindo também, porque eles não estão dando muita importância na escola para o relatório (Enfermeira L).

Esta enfermeira é instrutora de cursos de nível médio na enfermagem e referiu, também, que não abordava em seu conteúdo de Fundamentos de Enfermagem, a passagem de plantão. Isto nos leva a pensar sobre o currículo e a política pedagógica destas escolas de nível médio, que nos últimos anos proliferaram, de forma bastante intensa, na Grande Florianópolis, haja vista a boa empregabilidade para os egressos destas, apesar da baixa remuneração.

Considero que é na passagem de plantão que a enfermagem resgata os registros efetuados durante o turno de trabalho, avalia, corrigindo ou não, as ações realizadas para assegurar a continuidade dos cuidados e tratamentos prestados aos clientes. Com os registros da enfermagem no prontuário, documentamos nossas ações, como também os sinais e sintomas apresentados pelo cliente resguardando nosso trabalho, caso ocorra uma ação jurídica contra a instituição ou contra os profissionais que atenderam o doente. Então, por que os relatórios da equipe de enfermagem são tão pobres e tão pouco valorizados, até mesmo pela Enfermagem?

Na instituição estudada, a maioria absoluta das anotações é feita por pessoal de nível médio, o que talvez possa ser considerado um dos fatores que venham a desvalorizar as

anotações de enfermagem, pois são, em sua grande maioria, anotações simples, fragmentadas, dissuasivas²² e que não correspondem às expectativas da equipe de saúde.

Angerami et al (1982) relatam, em um estudo realizado em um hospital-escola, que as anotações registradas no prontuário dos pacientes deste hospital atingem as expectativas da equipe médica, mas que só 55,3% da população estudada lê diariamente as anotações de enfermagem e 44,7% as lê somente ocasionalmente.

Conceituada a passagem de plantão abordou-se, também, como operacionalizar a educação continuada neste espaço de trabalho da enfermagem.

Todas as discussões levaram ao papel do enfermeiro como educador e coordenador deste processo. Neste momento, vivenciamos uma discussão ética interessante, que foi o papel do enfermeiro na passagem de plantão. Neste hospital o enfermeiro é quem passa todas as informações na passagem do plantão. Anota em folhas, ou não, repassando estas informações para a equipe seguinte.

*Tem gente que usa a mesma folha para passar o plantão de três dias atrás. Tem que descobrir que a passagem de plantão são novas informações, novos aprendizados que a equipe de enfermagem tem que saber desenvolver e lidar, pelo menos no decorrer do seu plantão, para o outro plantão receber (**Auxiliar de enfermagem D**).*

*Tem enfermeiro que pega o plantão, mas é a mesma coisa que não pegar. Um funcionário tem muito mais responsabilidade em não deixar o sangue ficar lá sem ser colocado, sabe? (**Enfermeira E**).*

Identificamos discursos que mostravam a viabilidade da educação continuada na passagem de plantão

*Teve uma enfermeira que fazia isso. Era um momento ótimo. Era uma hora que se discutia patologias, termos... se orientava realmente o que se ia fazer. Ela fez um tempo e depois foi desistindo e hoje nem está mais no hospital (**Enfermeira E**).*

Novamente aparece a questão da descontinuidade nas ações inovadoras. Hargreaves et al. (2002, p. 151) assinalam que para se obter apoio e sustentação num processo de mudança é necessário criar e, principalmente, manter condições necessárias para que as pessoas possam exercer suas funções da melhor maneira possível. Refere que as pessoas que exercem um

²² Anotação dissuasiva, segundo Angerami et al (1982, p. 31) “Não apresenta uma argumentação que leve o receptor à resposta previamente desejada, amortecendo a sua disposição dinâmica e conseqüentemente amolece a sua capacidade de ação e decisão”.

papel de liderança, num processo de implementação de mudança têm três atribuições de suma importância:

- a) apoiar as pessoas e levá-las a implementar mudanças adequadas e relevantes;
- b) garantir a manutenção das mudanças;
- c) garantir que as mudanças sejam de caráter generalizante – devem ir além de alguns entusiastas para afetar sistemas inteiros.

A gente vê nos relatórios de enfermagem muitas palavras erradas ou que não utilizam a terminologia científica. Então, durante a passagem de plantão acho que era o momento do enfermeiro se posicionar como educador e se colocar. Falar mesmo na terminologia científica e explicar para eles o que aquilo significa. Ou, um exame que eles desconhecem. Abrir um espaço para eles questionarem. O que significa? O que quer dizer? (Enfermeira F).

Muitas vezes o funcionário vai fazer uma determinada tarefa e ele não sabe nem porquê. Simplesmente repete. Então vira uma coisa automática. E nessa hora a gente pode educar. A gente vai fazer isso, isso serve para isso e tal (Enfermeira M).

Esta situação de desconhecimento da razão de seu fazer, identifica-se com as características do trabalho fragmentado, típico da divisão parcelar do trabalho. O trabalhador executa ações fracionadas de todo o processo de produção, perdendo a noção do todo.

Esta forma de gestão barateia o custo dos profissionais, possibilitando a contratação de trabalhadores menos qualificados para exercerem estas ações. Assim sendo, executam ações de forma repetitiva e acrítica, com as características das tarefas do processo taylorista de gestão e organização do trabalho.

A enfermagem também foi defendida, por uma das entrevistadas, como profissão do campo da saúde, mas que, no exercício da prática pode distanciar-se destas características por submeter-se as determinações institucionais, alienando-se de responsabilidade ético-política que esse tipo de prática envolve.

Eu acho que a gente tem um conhecimento. Isso tem muitas pessoas que falam que enfermagem não é profissão, não tem um saber próprio, mas eu acho que tem um saber [no entanto, muitos trabalhadores de enfermagem não conhecem este saber específico]. O que falta talvez, é que não tem um corporativismo tão forte como algumas profissões em saúde. (Liderança N).

A educação pode propiciar um processo de mudança em direção à execução de um trabalho de enfermagem com características profissionais, ou seja: pessoas com domínio de conhecimento esotérico adquirido por um processo específico de formação; pessoas que dominam o conhecimento necessário ao seu trabalho e que tenham alguma autonomia em

relação às suas decisões técnicas, apesar da complexidade da forma de organização do trabalho nas instituições de saúde (MACHADO,1995; PIRES (1989; 1998; 2000).

Em relação à possibilidade de utilização do espaço da passagem de plantão para a educação continuada houve posicionamentos favoráveis.

*Seria bom que acontecesse. Às vezes acontece esporadicamente
(Técnica de Enfermagem B).*

Acho viável, pode-se aprender sobre medicação, algum tipo de exame (Auxiliar de Enfermagem C).

É preciso se qualificar! Como tentar conhecer mais as patologias. Que muita gente não conhece. Não estuda. Pensam que o seu serviço é pegar veia e fazer correr o soro. É bom para a gente conhecer, mas eu conheço colegas que não procuram este conhecimento. Ficam assim: 'eu vou puncionar, eu vou dar banho. E o nosso serviço não é esse, eu considero. Então a gente conversa muitas vezes com a enfermeira para que isto ocorra. Mas, às vezes acontece no começo e aí esbarra nestas pessoas e, em alguns outros fatores que há uma desistência muito rápida. Muito rápida! (Auxiliar de Enfermagem - D).

Apareceram, também, declarações contrárias à educação continuada na passagem de plantão, tais como:

educação continuada e passagem de plantão eu vejo assim: quem está saindo já está cansado e não está mais querendo ouvir. E quem está chegando está interessado em começar e tirar medicação e aí, não presta atenção (Enfermeira L).

Acho bom, mas os funcionários não têm interesse (Enfermeira A).

Para que se desperte um interesse no aprendizado de novos conhecimentos, habilidades e práticas, necessário se faz, a criação de espaços para esclarecimento desta nova forma de “encarar” o trabalho.

Estes espaços devem ser criados no próprio local de trabalho. Precisa-se estabelecer políticas de educação continuada que propiciem cursos de desenvolvimento profissional, grupos de discussão entre os pares, visando a busca de meios que possam integrar o trabalho de forma mais eficaz, planejamento conjunto, entre outras ações.

Este desinteresse também pode ser explicado devido a falta de consciência do trabalhador da finalidade de seu trabalho. O trabalhador, muitas vezes, não percebe a relação de seu trabalho, e das ações nele envolvidas, com o conjunto do trabalho coletivo em enfermagem e saúde, bem como não relaciona as suas ações com os objetivos institucionais.

Deste modo o seu “eu” fragmenta-se, ele é uma peça da engrenagem e não um sujeito consciente.

5.4.2 Fatores que interferem na passagem de plantão e no processo de trabalho

5.4.2.1 Condições de trabalho

Por condições de trabalho se entende o conjunto de fatores que atuam sobre o indivíduo e os meios de trabalho, as condições em que ocorre o consumo da força de trabalho.

Segundo Dejours (1998) as condições de trabalho determinam, também, a relação entre prazer e sofrimento no trabalho.

Em relação aos horários diferenciados, houve unanimidade, na reflexão em grupo, quanto a não resolutividade a curto prazo. Salientaram o momento econômico atual, a real necessidade de se aumentar a renda, haja vista a baixa remuneração dos trabalhadores da enfermagem. Também foi discutida a falta de solidariedade dos companheiros para facilitar um horário especial para estudo ou outro vínculo, mas que quando a situação afeta diretamente a pessoa, geralmente ela pensa que os outros poderiam ajudar e flexibilizar seus horários de trabalho.

*Quando alguma pessoa tem um problema, alguns nunca podem resolver, mas quando ele passa a ter o mesmo problema todo mundo tem que resolver (**Auxiliar de Enfermagem D**).*

*A pessoa só consegue enxergar como problema quando chega na vez dela. Quando é do colega ela não consegue enxergar. É uma dificuldade (**Enfermeira -E**).*

Na discussão o grupo já concluiu que os horários diferenciados e a área física eram limites importantes, e de solução não viável em médio prazo, uma vez que o trabalhador de enfermagem, para sobreviver, precisa de outro vínculo empregatício ou ocupação.

Em relação à área física sabe-se que a arquitetura influencia a dinâmica interna e as relações interpessoais.

Essa arquitetura pode ser considerada um elemento do currículo invisível ou silencioso, na medida em que institui em seu desenho um sistema de valores, tais como ordem, disciplina e vigilância (...). O espaço (...) é dotado de significado, já que é fruto de uma construção social (NUNES, 2000, p. 22 citando ESCOLANO).

Criam-se espaços que facilitam a locomoção e interação entre as pessoas, sem muitas barreiras ou muitas divisórias ou, também, espaços construídos em que se colocam barreiras que dificultam o acesso, dividem e racionalizam os ambientes dificultando a qualidade das relações entre as pessoas (NUNES, 2000, citando FRAGO). Os hospitais cada vez mais vão reorganizando seus espaços em virtude do surgimento de novos serviços especializados, priorizando a adequação do ambiente para o serviço a ser criado, negando o fluxo que facilite a organização do cotidiano do trabalho e, menos ainda, tendo o paciente como centro deste processo.

Dos trabalhadores que possuíam jornada de trabalho estendida com duplo e até triplo vínculo, 83,3% são mulheres.

Benito (1997) estudou a questão da duplicidade do fazer das enfermeiras partindo do marco conceitual de Betty Neumann. Citando Robazzi et al., Benito (1997, p.125) confirma o encontrado neste estudo de que “o fato de o pessoal de enfermagem ter necessidade de trabalhar em mais de um local deve-se, prioritariamente à precariedade de seu salário”.

Nas entrevistas, um auxiliar de enfermagem, do sexo masculino, que possuía somente um vínculo fala,

foi feita uma escala de plantão diferente para mim. Do dia primeiro ao dia 14, aqui²³. Do dia 15 ao dia 30 eu fico na minha casa como pedreiro, jardineiro, como dono-de-casa. Ajudo minha mãe, meu pai e nos afazeres de minha esposa (Auxiliar de Enfermagem – D).

O depoimento deste auxiliar de enfermagem é significativo, mas infelizmente, a parceria entre homens e mulheres para a realização dos trabalhos domésticos não é majoritária.

Doyal citado por Benito (1997, p. 125) coloca

que estudos realizados têm demonstrado que a maioria das mulheres empregadas passam entre 20 e 40 horas por semana no trabalho de casa depois de seu dia normal de trabalho, e na maioria dos países há poucos sinais de uma divisão mais igualitária das tarefas caseiras entre marido e mulher.

O que se percebe, também, é que a força de trabalho em enfermagem ainda é, majoritariamente, feminina e, as mulheres nesta realidade estudada exercem duas ou mais

²³ O funcionário mora em outro município distante de seu local de trabalho, aproximadamente 75 Km.

funções, além dos afazeres domésticos, o que possibilita um nível elevado de estresse e cansaço acumulado.

Na realidade observada um dos elementos significativos que apareceram é que o percentual de trabalhadores com duplo vínculo empregatício na instituição é maior do que os percentuais detectados no grupo que participou da pesquisa.

Foi abordado pelos participantes que o duplo vínculo é uma necessidade econômica e isto coloca estes trabalhadores numa situação de stress e sobreexploração. Esta sobreexploração influencia nas suas possibilidades de desenvolverem um trabalho mais prazeroso e, também, nas suas possibilidades de adoecer e morrer.

Alguns autores também trataram deste tema, mostrando que as condições gerais de vida, as relações de trabalho e o próprio processo de trabalho determinam, de modo significativo, a situação de saúde-doença dos trabalhadores.

Associar as doenças que acometem os trabalhadores

à oferta de bens de consumo coletivo tais como transportes, saneamento, urbanização, educação, assistência médica preventiva, atenção médica e medicamentos, e segurança social (aposentadoria, seguros, etc). Por aqui já se pode começar a discutir fadiga, hipertensão, stress (...) mais fácil ainda é relacionar o quadro de saúde/doença com os bens que o trabalhador pode adquirir para si e sua família, quer seja com o seu salário, quer seja com a renda familiar (PICALUGA, 1995, p.39).

A autora ainda considera como condicionante do processo saúde/doença do trabalhador “o desgaste ocasionado pela distância entre o local de trabalho e a moradia; a utilização das horas disponíveis; a tensão e a insatisfação pelas condições de vida e ou trabalho, e a própria história da vida individual, laboral e patológica” (idem, p. 39). Nesta linha, segue o depoimento do Auxiliar de Enfermagem 1, quando se referia a possibilidade de se fazer educação continuada na passagem de plantão

Alguns não têm tempo. Alguns moram longe, dependem de ônibus. Aí que está o problema. A não ser que começasse a passar o plantão uma hora antes do expediente, no caso 6:30h. A maioria está meia hora antes. É só problema de ônibus. Tem funcionário aí, que mora no continente e tem que pegar dois ônibus. Quando perde um vai ter que esperar uma hora, uma hora e meia para pegar outro.

Considerando-se o processo saúde/doença num sistema social em que a própria venda da força de trabalho é que garante a subsistência do trabalhador, pode-se pensar a questão da doença incluindo três dimensões, conforme preconiza Souza e Veras (1995, p. 41) a) estar doente; b) sentir-se doente e c) poder ficar doente. “A pessoa pode estar doente, mas não pode

ficar doente por falta de recursos, ou seja, ser obrigada a continuar trabalhando, mesmo doente”. Assim, a dificuldade sócio-econômica inibe a própria percepção da doença para manter-se trabalhando enquanto resistir. É preciso refletir sobre a necessidade de receber um salário e os efeitos da forma como o trabalho é executado sobre a saúde do trabalhador.

Para Laurell e Noriega, citados por (NUNES, p. 12), a compreensão de como se dá o processo de trabalho é fundamental, devendo-se analisá-lo decompondo-o em seus elementos constitutivos para só então, voltar a reconstituí-lo enquanto processo global, resgatando a dinâmica com relação à saúde do trabalhador. Consideram como sendo estes elementos o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho podendo-se, a partir daí, estudar seus aspectos técnicos, a organização e divisão do trabalho, bem como seu desenvolvimento histórico.

Onde se cultiva a saúde do corpo, a memória, onde se combate o descuido? Não temos dois corpos, um para o ‘trabalho’ e outro para ‘fora do trabalho’, é o mesmo corpo que enfrenta, experimenta-se, forma-se, gasta-se em todas as situações da vida social (RAMOS, 1999, p.107, citando SCHWARTZ).

Existem, ainda, as horas extras e, o trabalho em turnos, que sobrecarregam e podem levar a situações de tensão nervosa. Estas situações contribuem para aumentar acidentes de trabalho, pois os trabalhadores em turnos sofrem variações rítmicas das funções biológicas que são influenciadas por fatores ambientais e internos do próprio corpo.

Os múltiplos vínculos empregatícios e ocupacionais que podem causar desgastes para a saúde dos trabalhadores “perda de horas de repouso, alteração do horário das refeições, aliada à própria tensão inerente ao trabalho em excesso” têm reflexo no comportamento dos trabalhadores causando irritabilidade fácil, nervosismo e desgaste mental (SANTOS; OLIVEIRA, 1995, p. 58).

5.4.2.2 Relações de trabalho

Foram tematizadas situações de solução de continuidade na assistência devido a não aceitação pelo plantão seguinte de tarefas que deveriam ter sido feitas e não foram. Este posicionamento, também persistiu em situações em que os cuidados não foram prestados, naquele momento, porque foi considerado mais adequado para o doente, prestá-los em outra ocasião.

Tem alguns plantões que a gente procura deixar o paciente com a veia puncionada. Procura deixar o paciente ‘trocadinho’ e eles dizem ‘como é que o paciente está sem veia puncionada?’ Às vezes o paciente ‘perde a veia’ às 18:00 horas... quer jantar, quer tomar um banho, quer ir lá fora um pouquinho e a próxima medicação é só às 22:00 horas. A gente diz; Oh, o paciente pediu. ‘Não é a vontade do paciente. Tem que ser como a gente quer. Vai pegar a veia’. Tem colega que concorda, mas tem outro que diz ‘tu vais ter que puncionar porque eu quero chegar lá e já dar o remédio’ (Auxiliar de Enfermagem – D).

Este depoimento demonstra, de uma forma clara, como o sujeito em hospital é realmente, “paciente” e não um sujeito de direitos. O doente hospitalizado

está obrigado a viver psicológica e fisicamente essa profusa fragmentariedade, na medida em que se submete como objetivo vivo a todos esses atos parciais, cujo objetivo e propriedade, na maioria das vezes, escapam-lhe totalmente (NOGUEIRA, 1995, p. 142).

Os diferentes contextos: influenciando o trabalho da enfermagem e a passagem de plantão.

Eu só vi passagem de plantão bem passada foi no hospital de Tubarão (...). Chegava todo mundo no mesmo horário. Todo mundo ali certinho. Rezava²⁴ o Pai-Nosso antes e começava. E era todo mundo. Todos os funcionários (Enfermeira – E).

O hospital supracitado é administrado por freiras e a depoente já está distante deste local há mais de 20 anos, mas coincidentemente no grupo pesquisado, havia três integrantes que tiveram uma experiência em hospitais dirigidos por irmãs de caridade e, todos sem exceção, referiam-se com saudade ao modo das mesmas dirigirem as instituições de saúde, com disciplina e autoridade. Não percebiam como autoritarismo.

As características do trabalho caritativo e a ideologia religiosa influenciaram fortemente a prática da enfermagem brasileira e diversos autores abordaram essa questão em seus estudos como, Germano (1984); Pires (1989), Borenstein (2000). No Brasil, até a década de 80 pelo menos, a enfermagem reproduziu acriticamente esta característica da religiosidade e espírito caritativo (PIRES, 1989).

Borenstein (2000, p. 143) salienta que

²⁴ Foucault (1995, p. 236), cita que o poder pastoral “integrou uma antiga tecnologia de poder, originada das instituições cristãs, que postulou que certos indivíduos, por suas qualidades, poderiam servir não somente como príncipes, magistrados, educadores, entre outros, mas também como pastores, os quais também exercem poder. O pastor tinha como objetivo final assegurar a salvação individual no outro mundo. Não era somente uma forma de comandar, mas também estar preparado para se sacrificar pela vida e pela salvação de seu rebanho. Portanto, um poder diferente do poder real, que exige o sacrifício dos seus súditos para salvar o trono. No poder pastoral, o pastor exerce o poder sobre o seu rebanho, mais do que sobre a terra; mantém o mesmo agrupado; assegura a salvação de seu rebanho, fornecendo alimentos, saciando sua sede e fome e finalmente vela por suas ovelhas, descuidando-se de si, no entanto assegurando sua salvação eterna” (FOUCAULT, 1995, P. 236).

as irmãs, com uma manifesta docilidade, exerciam um poder, contribuindo para que também os funcionários se tornassem dóceis, obedientes e submissos, submetidos a uma rígida disciplina tanto de horário como de atividades. Muito mais um modo de ser e fazer.

Foucault salienta, também, que

a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui estas mesmas forças (em termos políticos de obediência), em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele, por um lado, uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte, por outro lado, a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita (FOUCAULT, 1991, p. 17).

O fato de, antes de iniciar o dia de trabalho, o grupo rezar junto, provavelmente poderia estimular o desenvolvimento de um sentimento de equipe, de grupo ou, quem sabe, família, o que talvez facilitasse o processo de trabalho e, talvez, este sentimento de nostalgia, pudesse estar mais ligado ao trabalho em equipe do que a necessidade de se ter um gestor autoritário. Ou, quem sabe, quisessem mesmo um gestor autoritário que dirigisse suas ações diminuindo o grau de responsabilidade de seus atos, pois a grande maioria dos profissionais de enfermagem não tem sido preparada para ser dirigente. Outro aspecto a ser considerado é que, majoritariamente, os profissionais de enfermagem pertencem ao sexo feminino, cerca de 94,1%, (PEREIRA; SILVA, 1997) e o saber e a experiência dessas mulheres é pouco valorizado na cultura ocidental, o qual se reproduz no âmbito da saúde. Pereira e Silva (1997, p. 20) citando Foucault assinalam que

o saber da enfermeira é um ‘saber dominado’, colocado por este autor ao lado dos saberes dos loucos, das mulheres, dos doentes, que são ‘os saberes desqualificados pela hierarquia dos conhecimentos e das ciências, os saberes em vida da erudição, aqueles sepultados pela tirania dos discursos universalizantes.

Ou ainda, como assinala Freire (1981, p. 40) quando fala da consciência afirmando que há sempre uma tendência em “considerar que o passado foi melhor”, enumerando como uma das características da consciência ingênua.

Inevitavelmente, surgiu a comparação com a administração pública existente no hospital estudado.

*Enquanto dirigente, a gente se sente impotente porque (...), hoje tu dá uma advertência verbal, amanhã dá uma advertência escrita, uma suspensão, mas aquilo não muda. Agora a gente não pode nem mais botar à disposição da Secretaria. O funcionário vai ter que ficar na unidade até uma outra unidade aceitar. Se não achar tu vais ficar com ele. Está difícil, tem hora que tu não sabes mais o que fazer: tu chamas, conversas, explicas mas não se pode fazer isso todo dia (**Enfermeira E**).*

Este depoimento ilustra as dificuldades de gerenciamento do serviço público, aparecendo o sentimento de frustração e impotência e, até de resignação, frente a pouca liberdade que têm para gerenciarem seu processo de trabalho e, também na necessidade de observarem o princípio da legalidade²⁵, isto é, não fazer nada que esteja fora da lei. Uma lei rígida que não permite flexibilidade de acordo com cada realidade.

Eu trabalhei em hospital de freira e quando vim para cá eu disse: Meu Deus! Eu aprendi a responsabilidade e a disciplina no hospital de freira (Auxiliar de enfermagem G).

Conforme Furtado (1992, p.21) no “...serviço de saúde ofertado direta e gratuitamente pelo Estado, a noção de eficiência pode tornar-se obscura, quer para o consumidor do serviço, quer para o produtor”. Além disso, existe uma pressão tênue do lado da demanda exigindo serviços públicos de qualidade, uma vez que consideram que estes serviços oferecidos pelo Estado são gratuitos, não se sentindo no direito de reivindicar serviços de melhor qualidade.

Foram abordados vários modelos de passagem de plantão que o grupo conhecia e foram levantadas as possibilidades e limites para uma forma de organização desta atividade e, sobre este aspecto, percebi que havia uma resistência à inovações, pois sempre se considerava a impossibilidade pelo uso excessivo de tempo, haja vista a dupla jornada de trabalho e a vontade dos trabalhadores de logo se desvencilharem do plantão por iniciar outras atividades.

Freire (1981, p. 49) em seu livro Educação e Mudança aborda que

se a opção do trabalhador social é pela anti-mudança, sua ação e seus métodos se orientarão no sentido de frear as transformações. Em lugar de desenvolver um trabalho, através do qual a realidade objetiva, a estrutura social vá se desvelando a ele e aos homens com que trabalha num esforço crítico comum, se preocupará por mitificar a realidade.

Assim, o trabalhador mantém a estrutura social enfatizando a estabilidade.

Em relação à passagem de plantão por rondas ou “round” expressavam-se assim:

Eu tenho dúvidas em relação a passagem de plantão nos quartos. Às vezes tu vais falar uma coisa que o paciente não está preparado para escutar (Enfermeira L).

²⁵ “O princípio da legalidade vincula-se indissociavelmente ao Estado de Direito, em que o poder do Estado submete-se à lei. A Constituição consagra tal princípio no art.5º, II, ao dispor que ‘ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei’. Fica assim a Administração pública impedida de impor ou vedar uma conduta ao particular se não amparada por lei” (FURTADO, 1992).

A passagem de plantão nos quartos é uma das melhores formas de tu avaliares realmente: por exemplo: o aspecto de secreções; uma gavagem. Estas situações seriam interessantes de avaliar nos quartos e complementar outras no posto (Liderança N).

As relações estabelecidas entre o paciente e os trabalhadores da saúde são relações que, quando estabelecem vínculos, estes são assimétricos, isto é, o paciente sempre se submete às regras da instituição, que para Faria (1998, p. 20) impede, tanto o usuário, quanto o trabalhador de terem “oportunidade de serem os sujeitos de suas ações e de exercerem a vontade, na perspectiva de uma relação sem assimetria”.

O cotidiano dos serviços de saúde nos mostra que existe uma grande distância a ser percorrida pelos trabalhadores de saúde e usuários deste sistema, em relação ao respeito mútuo, no reconhecimento do saber dos usuários e na minimização do poder dos profissionais e ocupacionais de saúde. Quando reconhecermos este saber e o direito que o paciente tem de ter acesso a todas as informações referentes ao seu estado de saúde, estaremos dando um grande passo em direção a cidadania. Afinal, como assinala Bordenave (1982) manipular a linguagem, obrigar certos significados, proibir conteúdos ou qualquer outra manobra para manter as pessoas na ignorância são mecanismos que visam manter o poder hegemônico dos profissionais de saúde.

Ainda, em relação a passagem de plantão por rondas, acreditavam que tinham que pensar melhor a respeito, pois percebiam os pacientes muito influenciáveis. Assim, como entendiam que as informações passadas na presença do paciente poderia ser um agente complicador.

Quando falas diretamente com o paciente tu vais amenizando para que ele não fique tão ansioso. Na passagem de plantão chega a enfermeira da noite e aí a gente começa a passar a coisa mais técnica e então sim, a preocupação do paciente. Eu sou a favor de passar no posto, mas que seja uma coisa bem mais organizada. Mas a gente tem um agravante que são os horários especiais. Um dos piores agravantes (Enfermeira E).

O horário especial do trabalhador na instituição foi um dos fatores mais lembrados em relação a aspectos negativos na passagem de plantão. O Estatuto do Servidor Público do Estado de Santa Catarina garante a flexibilização de horários para estudante e a redução de até 50% da carga horária do mesmo, com proporcional redução de salário. Entretanto, o que ocorre, mais comumente, é a flexibilização do horário, sem a redução salarial. Para os servidores não efetivos há uma flexibilização de horários, em acordo com a chefia imediata, para horário de estudante e, até, para viabilizar o duplo vínculo dos trabalhadores.

Pensaram, também, na possibilidade de se passar plantão na porta dos quartos, mas novamente, destacavam que este tipo de passagem de plantão leva tempo, apesar de que seria um tempo bem utilizado.

Nesta modalidade entendiam que a presença do doente poderia ser um complicador, pois o mesmo poderia interpretar mal as informações transmitidas, aumentando seu nível de ansiedade ou, também, distorcer informações. Em momento algum viram o doente com um co-partícipe no planejamento de seu cuidado.

Durante a realização do grupo focal foram levantados algumas sugestões que poderiam desencadear algum processo de mudança em relação a passagem de plantão:

- a) iniciar com uma sensibilização para todos os funcionários em relação a passagem de plantão;
- b) após esta sensibilização formar um grupo de discussão para definir qual modelo de passagem de plantão se adequaria melhor a realidade da instituição;
- c) implantar o modelo escolhido em uma unidade-piloto;
- d) discutir sobre a modalidade assistencial utilizada (cuidado integral²⁶ x cuidado funcional²⁷).

Diante destas propostas coloquei-me à disposição²⁸ para fornecimento de bibliografia sobre a passagem de plantão e, principalmente, sobre o cuidado integral por ter percebido que esta modalidade da assistência foi implantada sem um estudo mais aprofundado sobre o tema e, principalmente, sem que o conjunto da enfermagem tivesse refletido sobre esta modalidade de assistência. Além de que esta forma de organização do trabalho só recebeu críticas negativas durante o processo de reflexão, como ilustram os depoimentos abaixo.

Eu acho que esta história de cuidado integral apareceu com a extinção do atendente. Para que o auxiliar não ficasse fazendo as coisas do atendente e o técnico só as de técnico (Enfermeira E).

²⁶ Divisão do trabalho para prestação de “cuidado integral”, chamamos aquela modalidade de organização do trabalho na qual um trabalhador presta todos os cuidados de enfermagem a um paciente ou grupo de pacientes” (MATOS; PIRES, 2000).

²⁷ Entendemos a divisão do trabalho para prestação de ‘cuidado por tarefa’, a modalidade de organização do trabalho característica do modelo taylorista-fordista, na qual cada trabalhador executa cuidados parcelares de acordo com sua formação e atribuições” (MATOS; PIRES, 2000).

²⁸ Trentini e Paim (1999, p. 109-110) referem que a pesquisa convergente-assistencial “valoriza a intersubjetividade; por outras palavras, não se respalda na neutralidade (...) pelo contrário (...) enfatiza a participação do sujeitos no processo da pesquisa e a condição do pesquisador como sujeito”.

Eu digo assim, a gente tem uma divisão de escala. Eu cuido do quarto 12, 13, 15, 16 e o outro cuida do quarto 9, 10 e 11. Eu acho bom porque ele tem que limpar expurgo, tem que ver material, tem que manter o posto em ordem, tem que manter as gavetas repostas. Mas assim, às vezes acontece de eu estar no quarto 12, 13, 14, 15 e 16 e o colega estar no quarto 9, 4 e 5 e ele não atende o paciente porque não é o quarto dele. A unidade é um todo (Auxiliar de Enfermagem – D).

Este último discurso apareceu várias vezes, inclusive, como esta queixa estava sendo muito comum em todas as enfermarias, na semana seguinte ao grupo focal, foi iniciado em uma unidade como experiência, a volta à modalidade de cuidados funcionais. Entendiam que a modalidade de cuidado integral não estava atendendo as necessidades da instituição e dos clientes. A queixa principal era em relação a cooperação entre os trabalhadores, a baixa resolutividade e produtividade na modalidade de cuidado integral.

Esta atitude só corrobora a teoria quando diz que as relações de trabalho na enfermagem são complexas, devido ao envolvimento de muitos atores, desde o doente que necessita de uma atenção, a equipe de enfermagem que possui trabalhadores com diferentes níveis de formação e todos os outros profissionais envolvidos no atendimento deste doente.

A relação de cooperação, forçosamente nos remete às relações interpessoais, relações integrativas e cooperativas. Deve-se ter ciência da necessidade de se conhecer o processo de trabalho como um todo, levando em conta a direcionalidade técnica nos serviços de saúde.

Esta unidade fez a experiência, permanecendo no modelo de cuidados funcionais por um período, mas decidiram que o trabalho seria organizado na forma de cada trabalhador ficar responsável pelos pacientes do quarto. Entendendo que estavam permanecendo na forma de cuidados integrais.

Na realidade pouco adianta a volta à modalidade de cuidado funcional ou a manutenção na forma de cuidados integrais, se não forem discutidos o processo e a organização do trabalho. Além disso são necessários melhorias de condições de trabalho, incluindo recursos humanos em número e qualidade adequados, material de consumo e permanente, de boa qualidade e em quantidade suficiente bem como, políticas institucionais que valorizem o trabalhador por meio de processos de capacitação e formação continuada, política salarial justa, juntamente com um processo de gestão participativa na fase de tomada de decisão e, não somente no processo de implementação de decisões tomadas por outrem. Existe, às vezes, uma presunção administrativa de que as mudanças podem ser impostas aos trabalhadores sem nenhuma consideração por seus valores ou com a inclusão de sua voz.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos/SUS/2000, que tem por finalidade estabelecer parâmetros para a gestão e a gerência de trabalho no SUS, corrobora referindo que “para efetivar a gestão de trabalho no SUS, deverá ser observado o princípio de participação bilateral entre os trabalhadores e gestores/prestadores de serviços conveniados ou contratados” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000, p. 16).

Sabe-se que os problemas de gestão do trabalho existentes tais como: a) em um mesmo local de trabalho existirem trabalhadores de diferentes instâncias de governo e de vários órgãos; b) serviços terceirizados; c) contratação de trabalhador para o serviço público sem concurso. As conseqüências são condições salariais diferenciadas e insatisfação dos trabalhadores.

Essa insatisfação propicia o encaminhamento para um processo de viver passivo com o mundo, neste mundo incluído o processo de trabalho, cada vez mais desconhecido, distante e desinteressante.

Um mundo onde o objeto de seu trabalho é cada vez mais estranho e independente do produtor, pois

trabalhar deixou de fazer parte da natureza do trabalhador e, conseqüentemente, ele não se realiza no seu trabalho, mas nega-se a si mesmo, tem uma impressão de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolve livremente suas energias mentais e físicas, mas fica exaurido e mentalmente aviltado (FRÖMM, 1983, p. 54).

6 A PERCEPÇÃO SOBRE A PASSAGEM DE PLANTÃO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A pedagogia libertadora e a metodologia da problematização de Paulo Freire possibilitam uma reflexão crítica das vivências cotidianas e a criação de um conhecimento novo a partir dos saberes individuais.

Como educador, Freire criticava a simples transferência do conhecimento feita por métodos não reflexivos, evidenciando sua superficialidade e baixa retenção do conhecimento. Seu enfoque concentra-se nas modalidades “ensinar-aprender-ensinar”, deixando flexível a escolha em função dos objetivos que se quer seguir (GONZAGA, 1994).

Paulo Freire, em contraposição ao modelo tradicional, propõe uma educação problematizadora, na qual o educador não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, pode propiciar a transformação da realidade, numa relação dialética, tendo o conceito de práxis como elemento fundamental da relação entre teoria e prática. Refere que o homem não pode participar ativamente da história, na sociedade e na transformação da realidade, se ele não é auxiliado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade de transformá-la. Para ele,

o(a) professor(a) só ensina em termos verdadeiros na medida em que conhece o conteúdo que ensina (...) na medida em que se apropria dele, em que o apreende (...) Ao ensinar o professor ou a professora re-conhece o objeto já conhecido (...) refaz a sua cognoscitividade na cognoscitividade dos educandos (FREIRE, 1992, p.81).

A Conferência Episcopal de Medellín, realizada em 1968, foi o marco do surgimento da educação libertadora, a qual tinha como pressuposto básico que

a educação pode e deve contribuir num processo maior de libertação das classes subalternas das condições de miséria em que vivem no Brasil e na América Latina. A educação pode atuar na área da 'conscientização', ou seja, na afirmação da vocação de sujeito do ser humano (GANDIN, 1999, p. 87).

Chirelli et al. (1999, p. 6) dizem que “problematizar é o ato de buscar relacionar um novo conjunto de informações à estrutura cognitiva do estudante”. Referem ainda que o problema é sempre caracterizado por uma situação teórica ou prática, e que para a sua solução apresenta-se uma gama de possibilidades. Esta resolução deverá ser encontrada com espírito crítico, reflexão, planejamento e informação para se desenvolver competências e se chegar finalmente, a uma aprendizagem significativa.

No livro *Pedagogia do oprimido*, Freire chama de “situações limites” as barreiras que encontramos em nossas vidas pessoal e social. Refere que diante destes obstáculos podemos achar-nos incapazes para transpô-los ou não queremos mesmo ultrapassá-los, ou ainda, somos conhecedores destes obstáculos, sabemos que precisamos vencê-los e então vamos à luta.

Quando enfrentamos a situação percebemos a “situação limite” criticamente. Assim surge, segundo ele, o “percebido-destacado”, que não podendo e não querendo permanecer como tal, passa a ser um tema problema que deve e precisa ser enfrentado, portanto, deve e precisa ser discutido e superado” (FREIRE, 1994, p. 206).

De “atos limites” o autor denomina as ações que rompem as “situações limites”. As situações limites implicam na existência de dominantes e oprimidos. Os primeiros vêem os temas-problema encobertos pelas “situações limites” considerando-os determinantes históricos, restando só a sua adaptação. Os oprimidos quando percebem que os temas problemas não estão encobertos pela “situação limite” os transformam em “ ‘percebido-destacado’, se sentem mobilizados a agir e a descobrir o ‘inédito-viável’” (FREIRE, 1994, p. 206).

Para Freire (Idem) inédito-viável é algo que o sonho utópico sabe que existe, mas que só será conseguido pela práxis libertadora.

Assim, para que a passagem de plantão venha a sofrer modificações em sua organização e nas atitudes dos envolvidos é necessário que se derrubem as “situações-limites” para que se tornem um “percebido-destacado”, visando a busca do sonho e do ‘inédito-viável’.

Adaptando conceitos utilizados por Freire, quando aborda os níveis de percepção dos indivíduos em relação a realidade, esquematizo os níveis de percepção a respeito da passagem de plantão, a partir dos dados apresentados anteriormente.

Os níveis são momentos, que devem estar perfeitamente articulados para possibilitar uma transformação da realidade. Esta forma foi utilizada para sistematizar os dados e refletir sobre o processo como um processo libertador.

NÍVEIS DE PERCEPÇÃO

SITUAÇÃO-LIMITE

PERCEBIDO-DESTACADO

INÉDITO-VIÁVEL

PASSAGEM DE PLANTÃO

- AUMENTAR PROGRESSIVAMENTE A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO EQUILIBRANTE E TRABALHO FATIGANTE;
- INSTALAR UM PROCESSO DE MUDANÇA C/ INTEGRAÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS NO COTIDIANO;
- PROPICIAR MECANISMOS QUE GARANTAM A IMPLEMENTAÇÃO DE MUDANÇAS;
- CRIAR ESPAÇOS DE REFLEXÃO SOBRE OS PROBLEMAS DO MUNDO DO TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM;
- DISCUTIR O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, TENDO COMO EIXO NORTEADOR OS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO;
- DISCUTIR AS PRÁTICAS QUE REFORÇAM O TRABALHO ALIENADO E FRAGMENTAR E FORTALCER AS QUE SE APROXIMAM DO TRABALHO PROFISSIONAL, CRIATIVO E EMANCIPADOR;
- CRIAR MECANISMOS QUE FACILITEM A EDUCAÇÃO PERMANETE DOS TRABALHADORES;
- PROPICIAR UM AMBIENTE FÍSICO QUE PROPORCIONE UMA troca ENTRE O SUJEITO HOSPITALIZADO E OS TRABALHADORES.

Como *situações-limites* vivenciadas na passagem de plantão considero o automatismo e a rotina aderida a esta ação de enfermagem. Esta ação mantém-se no ritual do processo de trabalho da enfermagem sem uma crítica a respeito de sua validade, necessidade ou não, conforme demonstra o depoimento a seguir

A passagem de plantão muitas vezes me parece extremamente mecânica, uma atribuição e, que muitas vezes tu ouve mesmo: Ah, eu tenho que ver isto porque nós temos que passar este plantão. Muitas vezes não é pensado (Liderança N).

Não há a percepção de que esta ação possa ser executada de forma diferente da tradicionalmente referida na literatura. É preciso considerar que a passagem de plantão deve ser realizada com a presença de todos os integrantes das duas equipes, a que está saindo e a que está recebendo o plantão, visando uma troca de informações a respeito dos clientes e da organização do trabalho e para manutenção da continuidade da assistência.

Como, atualmente, está praticamente inviável passar plantão com a presença de todos os integrantes das duas equipes de enfermagem, devido ao duplo vínculo empregatício, horários especiais para estudantes entre outros, esta infração às regras pode provocar sentimento de frustração e sofrimento no trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem sentem-se descumpridos do trabalho prescrito pela instituição, mesmo que este trabalho não esteja prescrito, objetivamente, em forma de documentos. Esta é uma prescrição tácita, portanto se ocorrer algum problema em relação a informações imprecisas ou errôneas durante a passagem de plantão, os trabalhadores de enfermagem, provavelmente, serão os únicos responsabilizados por esta prática, desconsiderando-se todos os outros fatores institucionais.

Como não existe um espaço para discussão sistemática do dia-a-dia do trabalho, a forma de organização do trabalho não é debatida, dessa forma mantém-se as rotinas padronizadas e aceitas historicamente, como a passagem de plantão. Esta manutenção de uma rotina executada parcialmente, pode provocar um sofrimento patológico.

Dejours (1994, p. 137) considera o sofrimento patológico quando

todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência.

Dessa forma, o trabalho a ser feito é criar condições para transformar o destino do sofrimento, favorecendo sua transformação. Transformar este sofrimento em criatividade. A

criatividade “aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona como um mediador para a saúde” (DEJOURS et al., 1994, p. 137).

Reduzindo esta relação, construir uma forma de organização do trabalho que seja criativa e prazerosa, incentivando a postura de pessoas que não aceitem acriticamente os padrões de avaliação de desempenho; as péssimas condições de trabalho a que são submetidos; a sobrecarga de trabalho entre outros fatores que impedem o exercício pleno de sua autonomia profissional.

Este modelo de organização precisa de seres humanos “parentéticos”²⁹, isto é, seres humanos com consciência crítica altamente desenvolvida.

Segundo Guerreiro Ramos (1984, p. 9) o ser humano parentético

daria grande importância ao seu eu, e teria urgência em encontrar um significado para a vida. (...) Não trabalharia apenas para fugir à apatia ou indiferença, porque o comportamento passivo iria ferir seu senso de auto-estima e autonomia. Iria esforçar-se para influenciar o ambiente, para retirar dele tanta satisfação quanto pudesse.

Ainda segundo Guerreiro Ramos (1984) o que desencadeia as crises nas instituições é que as mesmas continuam mantendo carências básicas em suas estruturas e formas de operação, enquanto que o ser humano contemporâneo já se relaciona com necessidades que estão muito além do simples nível da sobrevivência.

Codo (1995, p. 129) aborda que o século XX teve o trabalho estruturado em três pilares: “a universalização das relações de troca, a transformação do trabalho em força de trabalho (...) e a ‘institucionalização da luta de classes’ ”. Continua dizendo que para compreender qualquer sociedade deve-se prestar atenção em “como se produz, como se organizam as trocas entre os produtores e que relações sociais se definem”.

O processo para reduzir esta relação entre o trabalho equilibrante e o trabalho fatigante passa pela construção de uma nova forma de pensar a organização do trabalho; uma discussão sobre a forma como ocorre o dia-a-dia do trabalho da enfermagem - baseado em técnicas e rotinas. Repensar esta prática para reduzir o desperdício de tempo e a repetição de atos desnecessários para a organização do trabalho e o bem estar do sujeito hospitalizado e da equipe de enfermagem.

²⁹ O termo Parentético é derivado da noção de Husserl de “em suspenso”, “entre parênteses”.

O inédito-viável é criar, também, mecanismos que facilitem a educação permanente dos trabalhadores. Estas ações podem ser em orientações rápidas e objetivas na passagem de plantão. Aliado a esta ação implementar mudanças generalizantes, como por exemplo, iniciar um processo de discussão para implantação de uma Metodologia da Assistência em Enfermagem. Com a sistematização da assistência, as prescrições e evoluções de enfermagem, diminuiriam em muito, as informações a serem passadas no momento da passagem de plantão. Desta forma, sobraria tempo para a equipe discutir questões da organização do trabalho, relações interpessoais. Sem o acúmulo de informações a serem passadas para o próximo turno, a passagem de plantão pode tornar-se mais prazerosa e efetiva, podendo-se aumentar o espaço para a educação permanente e reduzir o stress dos trabalhadores de enfermagem.

Quanto a educação permanente a instituição pode promover um plano de capacitação semestral e sistêmico, por exemplo, em horário de trabalho, propiciando a capacitação dos trabalhadores em forma de rodízio. Sugiro, também que estas capacitações sejam realizadas com referencial de uma pedagogia crítica para evitar treinamentos pontuais, sem relação com o processo de trabalho em saúde. Nestas capacitações, levantar com os trabalhadores temas para as capacitações posteriores.

7 AS DIFICULDADES DO REPENSAR CRÍTICO

Quando iniciei o Mestrado objetivando analisar o contexto da passagem de plantão em uma unidade hospitalar, com certeza não percebia todas as imbricações e entrelinhas desta ação da enfermagem, mas acreditava que muitos dos determinantes e condicionantes desta ação poderiam ser resolvidos pelo coletivo dos trabalhadores da enfermagem. Entretanto, o dia-a-dia impede que haja uma “tomada de consciência” da possibilidade de transformar a realidade.

Com esta pesquisa pretendi entender e, quiçá despertar nos trabalhadores, o sentimento de estar-vivo-e-pertencer-ao-mundo e de que é possível mudanças na organização do nosso trabalho, visando minimizar a fragmentação determinada pelo modelo taylorista vigente, com o aproveitamento dos espaços, como a passagem de plantão, que “poderiam ser usados como instrumentos ou momentos de integração, mas que são precariamente utilizados” (PIRES,1999, p.35. In: LEOPARDI et al., 1999).

Com esta pesquisa busquei discutir a monotonia da rotina e o sentido do trabalho. Queria refletir o trabalho não apenas como uma forma de produção mas que fosse

uma possibilidade de ação intersubjetiva, pela comunicação. Ou, em outras palavras, uma coisa é a realização de uma ação para uma finalidade, outra coisa é supor a ação como possibilidade de intersubjetividade, de compartilhamento (...) uma visão do trabalho como meio para o encontro de pessoas, a partir da exigência de uma ética da responsabilidade solidária, diante da crise do trabalho como centralidade da vida (LEOPARDI et al., 1999, P. 51).

No grupo focal discutimos, mesmo que de forma superficial, os condicionantes e determinantes do processo de trabalho em enfermagem, mas principalmente, o reconhecimento do que é possível fazer e como podemos buscar apoios em outros setores, iniciando assim, um trabalho coletivo. Vaz (1999, p. 19. In: LEOPARDI et al.) citando Marx refere que “a força do homem isolado é mínima, mas a junção dessas forças mínimas gera uma força total maior do que a soma das forças reunidas, bastando a simples união delas para diminuir o tempo e aumentar o espaço em que executa a operação”.

Levantei, também a desmotivação dos entrevistados para participarem do grupo focal, uma vez que foram convidados no momento da entrevista, posteriormente, por convite escrito e mesmo assim, somente quarenta por cento participou do grupo focal, apesar da Gerente de Enfermagem ter garantido a substituição de quem estava trabalhando e permitido a folga de acordo com as horas disponibilizadas para a encontro.

Padilha e Silva (2000, p. 47) citando Bísvaro, dizem que “ser mais deve coincidir com a disposição interior da pessoa para se modificar e para intervir e modificar a realidade ao seu redor. Dessa forma, fica delineado o horizonte do poder pessoal, (...) que consiste basicamente nessa prontidão para a mudança – própria e do meio”. Traduzem o poder pessoal como a motivação, que é a força que nos estimula a ser mais.

Sievers (1990, p. 5), entretanto, considera a motivação como um substituto para o próprio sentido do trabalho, relacionando com o próprio sentido da vida e que vem sendo perdido, em virtude da fragmentação e divisão do trabalho, nas organizações contemporâneas. Refere que “somente pelo reconhecimento da finitude da vida que a humanização do trabalho poderá ocorrer”. Aborda que, tanto no plano individual quanto no coletivo, as tentativas de descoberta do sentido do trabalho só terão sucesso se reconhecermos a morte como um fato da vida. Afirma que as explicações e os fundamentos teóricos da motivação

parecem concentrar-se no fato de que os indivíduos são incapazes de perceber, compreender e relacionar-se com os sistemas sociais em que vivem. Isso pode ser visto como concretização da aparente ignorância voluntária e inabilidade dos cientistas sociais e, (psicólogos, em particular) em entender as instituições e com elas se relacionarem.(...) elas explicam o ser humano em termos mecânicos, como entidades desconectadas de sentido e da sociedade, e com preocupações que não vão além da satisfação das necessidades individuais primárias. Em lugar de permitir ao indivíduo seus próprios enfoques e tentativas de definir a si mesmo e ao seu mundo, modelos científicos têm que ser inventados, desenvolvidos e colocados de forma a adequar o indivíduo aos requisitos da massa social e dos sistemas de produção e consumo. Com a teoria motivacional, o homem em si mesmo foi reduzido a um homúnculo em relação à posição histórica inicial de ter sido criado à imagem e semelhança de Deus (Idem, p. 9).

Continua dizendo estar convencido que a noção de motivação é uma invenção e as teorias motivacionais criam a realidade social e a imagem do homem de forma fictícia, permanecendo de forma latente nas organizações e perpetuadas pelas teorias organizacionais contemporâneas.

Sievers (1990, p. 11) identifica, além da dicotomia nas organizações, e a fragmentação do trabalho, uma outra divisão que é a divisão entre a vida e a morte. Ressalta a existência de tentativas para superação desta visão com a busca da qualidade de vida no trabalho, pretendendo-se com este enfoque superar a desvalorização no trabalho. Nesta busca considera que as organizações têm dupla intenção: a) “a de oferecer um trabalho qualificado, ao invés de um cargo; e b) a de relacionar, uma vez mais, o trabalho ao indivíduo e sua vida e não somente às 38 ou mais horas semanais durante as quais se acha empregado”. Alerta para uma “tentação que é substituir uma fragmentação por outra, ou seja, a fragmentação do trabalho em cargos, pela fragmentação da vida em vida no trabalho e no que resta dela”.

Freire (1981, p. 47) relata que

enquanto a mudança implica, em si mesma, uma constante ruptura, ora lenta, ora brusca, da inércia, a estabilidade encarna a tendência desta pela cristalização da criação. Enquanto a estrutura social se renova através da mudança de suas formas, da mudança de suas instituições econômicas, políticas, sociais, culturais, a estabilidade representa a tendência à normalização da estrutura. Desta forma, não se pode estudar a mudança sem estudar a estabilidade; estudar uma é estudar a outra.

Para Freire, a estrutura social é criação dos homens e a transformação do trabalhador social também, e este trabalhador tem como função fundamental ser sujeito e não objeto de transformação (1981, p. 47).

Nas discussões a respeito das causas da não participação dos demais entrevistados foram assinaladas: outro vínculo empregatício, cansaço, distância entre residência e hospital. Todos são motivos bem palpáveis, mas sabemos também, que o indivíduo alienado tem o hábito de justificar suas escolhas em causas externas como: falta de tempo, normas, cansaço...

Citando Freire (1981, p. 21)

o profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos. Não é possível um compromisso verdadeiro com a realidade, e com os homens concretos que nela e com ela estão, se desta realidade e destes homens se tem uma consciência ingênua.

Avaliando todo o processo de pesquisa, um dos envolvidos manifestou-se:

quando me falasses do trabalho eu sabia que iriam sair ‘cobras e lagartos’ mas o bom de tu vires é que é um momento que a gente pára e tivemos uma oportunidade para ver que a passagem de plantão é uma coisa ótima de se trabalhar (Enfermeira – E).

Aqui a passagem de plantão, é percebida como uma realidade que deve ser modificada, mas que não era prioridade para o grupo. Percebe-se aqui uma possibilidade de desvelamento da consciência. Entretanto, a passagem de plantão foi proposta minha, como atividade acadêmica e não foi uma demanda dos trabalhadores da instituição. Minayo (1992, p.90) afirma que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática”. Provavelmente, teria sido muito mais produtivo se o tema debatido tivesse emergido do grupo.

Nos serviços de saúde, o educando com o qual se vai trabalhar é um indivíduo que tem como atividade principal o trabalho, portanto o princípio educativo na enfermagem deveria ser prioritariamente o trabalho, onde podemos analisar os determinantes e condicionantes de todo o processo de trabalho e, à medida que analisamos poderemos encontrar caminhos para a realização de um trabalho de melhor qualidade.

Para Freire (1992, p. 104) “a educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir a discussão criadora sob pena de ser uma farsa”.

Assim, a educação pode acontecer em qualquer espaço e, mesmo que eu saiba que este processo educativo realizado no grupo focal ocorreu por iniciativa e necessidade acadêmica tenho clareza que despertou novos olhares para a realidade cotidiana destes trabalhadores. Correspondeu a perspectiva de pesquisa convergente-assistencial e de pesquisa-ação, propiciando investigação e teorização sobre realidade, ao mesmo tempo, ocorreu uma ação transformadora na forma de perceber a passagem de plantão dos integrantes da pesquisa, ainda que não signifique uma transformação da prática vivenciada.

Quanto ao papel e o reconhecimento social da enfermagem, desde meus tempos de aluna da graduação observo a enfermagem numa busca contínua.

Evidentemente, apesar desta busca permanecer, percebo uma evolução significativa em relação aos espaços conquistados pela enfermagem. Isto é demonstrado, claramente, quando analisamos os avanços em relação a ampliação dos espaços de atuação de enfermagem, como por exemplo, no campo do cuidado domiciliar e o aumento dos postos de

trabalho para a enfermagem na e os espaços conquistados em saúde coletiva, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Nestas duas áreas citadas existe uma autonomia maior, por parte do enfermeiro, no exercício de sua profissão. Estas áreas possibilitam um atendimento integral ao indivíduo e uma desvinculação com organizações burocráticas que fragmentam o cuidado e impedem um movimento mais flexível e autônomo do profissional.

Na Estratégia de Saúde da Família, apesar de existir uma subordinação a normatização nacional e das Secretarias Municipais de Saúde, existe também, um espaço onde o profissional no cotidiano do trabalho pode “ ‘subverter’ o poder delas advindo, não de forma direta, mas através do que Maffessoli chama de ‘astúcia contra as imposições normativas...(onde) os diferentes grupos podem mais ou menos aceitá-las sem, no entanto, interiorizá-las e tomá-las para si’ ” (BELLATO et al., 1997, p.79).

Já, na enfermagem praticada em hospitais, a vinculação com um trabalho taylorista é mais facilmente visualizada.

Neste espaço a enfermagem apresenta um paradoxo interessante em relação a sua filosofia. Apesar do discurso de cuidar do ser humano de forma integral, holística, na maioria das instituições, utiliza a modalidade de assistência de cuidado funcional e, quando busca o cuidado integral, esse cuidado integral, limita-se ao cumprimento das prescrições médicas.

Buscando um paralelo entre as características de uma profissão propostas por Machado (1995) e as características da divisão do trabalho taylorista encontramos uma profissão em busca de seu lugar ao sol. Uma profissão permeada por características da organização do trabalho taylorista, concomitantemente com o trabalho profissional. Taylorista quando se apresenta rotinizada, automatizada, sem vinculação com o pensar. Profissional quando se apresenta com seu conhecimento, responsabilizando-se pelo trabalho, expressando-se na sociedade através de entidades representativas e definindo regras que orientam o exercício profissional. Uma profissão lutando para transformar sua prática em práxis e buscando elevar o nível de escolaridade de seus trabalhadores, seja por flexibilização de horários especiais para estudo ou por políticas governamentais de formação dos trabalhadores da área da saúde, especialmente de enfermagem.

Com o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, centrado na promoção, prevenção e, tendo a recuperação da saúde, não como eixo central, como nos modelos hospitalocêntricos implantados anteriormente, (mas ainda fortes), o enfermeiro encontra

espaços maiores para educação em saúde. Pode desvincular-se do atendimento à doença e a cura, que é o campo da medicina e consolidar-se como profissão do cuidado.

Assim, a enfermagem é uma profissão, pois possui um “corpo esotérico de conhecimento”. Entretanto, vive um paradoxo. Tem um discurso de cuidado holístico e pratica a modalidade de cuidado funcional, mesmo quando às vezes, a denomina de cuidado integral, mantendo a fragmentação do sujeito sobre seus cuidados.

Quanto ao respeito e o reconhecimento profissional da enfermagem virão com a consolidação de um corpo de conhecimentos que seja diferenciado das demais profissões. Resgatando e consolidando o cuidado como foco da enfermagem, afinal já renegamos o cuidado e perdemos espaço para outras profissões da saúde, que estão indo em busca da sua consolidação como mostra o depoimento abaixo

Eu vejo que hoje nós perdemos fisioterapia respiratória, nós perdemos fisioterapia motora (...) Hoje a gente tá perdendo para o assistente social, psicólogo, nutricionista (...)E a própria questão dos curativos. Hoje o curativo é decidido por uma comissão compostas por médicos e enfermeiro, geralmente ou, até muitas vezes a gente vê, os laboratórios fazendo curativo. Estes novos materiais para curativo os laboratórios ficam determinando o curativo e “pressionando” o enfermeiro que está a frente disto (Liderança N).

Neste relato aparece uma denúncia sobre a força das multinacionais determinando a ação do profissional. Fato este que observamos com muita frequência na área da saúde de uma forma geral.

Em relação aos indivíduos exercerem esta profissão por vocação, atualmente, o número de trabalhadores que exercem a enfermagem aumentou devido à boa empregabilidade. Contudo, não tendo, necessariamente, vinculação com vocação ao serviço prestado ao ser humano, podendo apresentar a identificação com seus pares e aceitar as normas e modelos da profissão.

Quanto à organizarem-se a partir de interesses da categoria, por ser uma categoria com diversos níveis de formação profissional, possui interesses múltiplos e até contraditórios, dificultando a organização da categoria. Estes diversos níveis de formação profissional, dentro de uma mesma categoria, proporcionam diversas condutas e formas de lidar com os sujeitos sob seus cuidados, dificultando uma imagem social da enfermagem. Entretanto, para ocorrerem mudanças de impacto na enfermagem é necessário que se desenvolva um sentimento de coletivo e de que somos uma única categoria – ENFERMAGEM- com três níveis de formação profissional (Auxiliar de Enfermagem; Técnico em Enfermagem e

Enfermeiro). Este sentimento de coletivo somado a construção de um corpo de conhecimento pode possibilitar o reconhecimento social e a autonomia tão sonhados por nós.

Quanto à autonomia da enfermagem, devido a sua história, possuímos forte vinculação com a medicina e dependendo do local e do profissional, esta dependência torna-se mais ou menos forte, mas como citado anteriormente, esta autonomia tende a aumentar com a consolidação do SUS.

Citando Wilensky, Machado (1995, p. 20) ressalta que “o profissional assalariado muitas vezes não possui responsabilidade exclusiva ou final pelo seu trabalho; ele tem que aceitar a autoridade final de não-profissionais na avaliação tanto do processo como do produto”. Dessa forma, a autonomia da enfermagem é bastante relativa, por ser uma profissão que necessita de aporte institucional na maior parte do mercado de trabalho.

Os profissionais de enfermagem praticam a ocupação em tempo integral; vivem da remuneração oriunda da atividade desenvolvida e têm orientação para um ideal de serviço, tendo praticidade social que são características de um trabalho profissional.

Quanto às características da organização do trabalho taylorista que ainda permanecem na enfermagem destaque: divisão do trabalho em tarefas; escala de atribuições; valorização do “como fazer” em detrimento do “por que fazer”; divisão hierárquica rígida; dicotomia entre o “pensar” e “executar” o cuidado e extrema vinculação às rotinas.

As rotinas, principalmente, nas instituições hospitalares são necessárias para dar uma diretriz à organização do trabalho da enfermagem, mas jamais devem servir para eximir os profissionais de responsabilidades. Devem ter o sujeito hospitalizado como foco principal. As rotinas não podem sobrepor-se ao agir e ao pensar.

Silva e Poli (2001, p. 99) citando Nitsche nos mostram que

os profissionais de enfermagem estão atrelados às normas e rotinas que eles criam, a partir da configuração institucional, e seu trabalho torna-se rotineiro, cansativo e estressante, em sua idealização, procuram ver o cliente como um ‘ser humano’, como um ‘ser total’, mas na prática as técnicas é que são relevantes, pois o tempo passa depressa e precisam ‘fazer’ os cuidados para não deixar para outro turno.

Esta situação é confirmada no depoimento de uma das entrevistadas

Na enfermagem nós temos várias [rotinas]. Como exemplo, temos que fazer o banho de manhã. Aí, tem que ver se o paciente tem hábitos culturais. A medicação, tá certo. Devido a vida média das drogas. A passagem de plantão muitas vezes me parece extremamente mecânica, uma atribuição e, que muitas vezes tu ouve mesmo: Ah, eu tenho que ver isto porque nós temos que passar este plantão. Muitas vezes não é pensado (Liderança N).

Machado (1995) citando Wilensky considera que um processo de profissionalização percorre as etapas, a saber: o trabalho torna-se ocupação em tempo integral; criam-se escolas de treinamento; forma-se associação profissional; ocorre a regulamentação da profissão e ocorre a adoção de um código de ética.

Considerando-se a enfermagem como uma profissão, que significado deve ser dado a passagem de plantão? Trata-se um espaço de reflexão profissional ou tarefa taylorista?

Considerando o observado durante a pesquisa e as minhas vivências profissionais considero que sub-utilizamos e não valorizamos, adequadamente, este espaço destinado à passagem de plantão.

Cada vez mais, esta atividade é realizada com: menos profissionais de enfermagem; não ocorre a presença de profissionais de outras áreas buscando-se a interdisciplinaridade e o atendimento ao sujeito hospitalizado de forma holística (conforme discurso). As informações passadas são dissuasivas e superficiais, apesar de na maioria das vezes serem objetivas; a linguagem usada é leiga, usando-se muito pouco o vocabulário específico (conhecimento esotérico); as orientações passadas enfatizam mais o “como fazer” do que o “por que fazer”; há uma desvalorização do intercâmbio pessoa-pessoa; não há ênfase no cuidado humano e o enfermeiro aproveita pouco este espaço para exercer liderança e construir laços emocionais e objetivos.

Entretanto, apesar de ampla maioria referir que a passagem de plantão é importante para a continuidade da assistência de enfermagem e para a organização do trabalho, há referências sobre a pouca importância dada pelos profissionais de nível médio à passagem de plantão, conforme relato

Eles não têm interesse[funcionários]

Tu notas quando estás passando plantão as reações deles.

Gracinhas, brincadeiras...

Principalmente quando tu vais discutir alguma coisa sobre o paciente.

(Enfermeira A).

A importância da passagem de plantão aparece nas falas de vários dos integrantes da pesquisa, acompanhadas de múltiplos fatores que dificultam uma passagem de plantão que seja considerada por todos como satisfatória. Referem que sabem da distância que existe entre

a realidade e a passagem de plantão ideal, mas sentem-se impotentes para modificar esta realidade insatisfatória.

Grande parte dos entrevistados refere que se incomoda com os ruídos como: barulhos; campanhas; telefone; conversas paralelas sem contudo tomar alguma atitude que possa reverter este quadro durante a passagem de plantão. Denotando, com isso, sua aderência às “situações-limites” e sua impossibilidade de separar-se delas, sendo que o fatalismo da tarefa leva-os a não modificar esta situação-limite, conforme nos fala Freire (1983, p. 125).

O depoimento abaixo confirma a aderência à situação-limite.

*Eu, particularmente, acho que não posso fazer nada. Porque acho que uma pessoa falando não é levada à sério. Até porque o técnico não é levado `a sério (**Técnica de enfermagem H**).*

Realmente, em todas as vezes observadas aconteceram interrupções por telefone, presença de conversas paralelas e desatenção de alguns integrantes.

O local onde ocorrem as passagens de plantão também deve ser considerado como fator que facilita a desatenção dos profissionais. Ocorrem em posto de enfermagem, próximo ao corredor e sala de prescrição médica, com intenso fluxo de pessoas, outros profissionais, pacientes, acompanhantes.

Todos estes fatores interferem no processo de comunicação na passagem de plantão, que se mostra de forma truncada e/ou parcial. A comunicação não-verbal interfere intensamente, quando se apresenta na forma de: passar plantão com a bolsa à tiracolo; casaco na mão ou um modo de falar apressado ou com gestos e sinais que denotam impaciência.

A pressa na passagem de plantão é demonstrada neste depoimento,

*às sete o pessoal da noite tá louco para se ver livre. Eles passam plantão e saem correndo (**Auxiliar de Enfermagem D**).*

Quando iniciei esta pesquisa imaginei que a dificuldade na comunicação iria ser citada, freqüentemente, como um dos fatores que interferissem mais na passagem de plantão. Entretanto, esta não foi uma das queixas mais freqüentes. O barulho, a conversa paralela, a falta de atenção e o duplo vínculo ou horários especiais e telefone foram fatores citados por todos e, várias vezes durante as entrevistas.

Como citei, anteriormente, a comunicação inadequada da mensagem na passagem de plantão não foi considerada problema relevante pelos trabalhadores da enfermagem. Contudo,

a comunicação na passagem de plantão pode, e deve ser melhorada, pois os relatos sobre a situação de cada sujeito hospitalizado ainda são muito fragmentados, superficiais, com informações dissuasivas e, extremamente, tecnicistas, sem olhar o sujeito hospitalizado como um ser humano histórico, social e inserido em uma cultura.

Percebendo o processo comunicativo como um modo de compartilhamento das mensagens em que a forma de transmissão da mensagem, a postura do comunicador e do receptor e, também, o ambiente exercem influência no resultado da comunicação, um dos principais objetos a serem reconstruídos estão no campo das relações sociais, expressados no processo de comunicação. Assim, acredito que a equipe de saúde deve buscar saber que mecanismos de comunicação poderão ser facilitadores do desempenho de suas funções, pois a comunicação humana é muito mais do que transferência de mensagens verbais e não-verbais do emissor e do receptor. Num processo comunicativo em que ocorre o diálogo ocorre o exercício de reconhecimento do que o outro quer dizer, mesmo podendo não significar o que o outro entende como certo.

Nesta instituição a rotina é o enfermeiro passar o plantão de todos os sujeitos hospitalizados, mas existem enfermeiros que já socializam este espaço para que os demais profissionais também se coloquem. No depoimento a seguir uma enfermeira demonstra seu descontentamento com esta rotina

eu acho que deveria ser ao contrário. Cada funcionário deveria falar sobre o seu paciente. E a enfermeira deveria colocar as coisas mais importantes. Eu acho que valoriza mais os funcionários. Eles se sentem mais importantes (Enfermeira F).

Esta possibilidade de construir um espaço para que os profissionais de nível médio falem, mesmo que seja, de uma forma inicial, mecânica e somente sobre os cuidados mais rotineiros da assistência da enfermagem é fundamental para o exercício da democracia. É uma forma de se capacitar pessoas para falarem, emitirem opiniões e fazerem análises da sua prática. Teorizar em cima da prática, construir conhecimentos e desta forma, consolidar a enfermagem como disciplina.

Padilha e Souza (2002, p. 25) afirmam que a forma usual de comunicação, por meio de normas e rotinas, “delimita o espaço de poder entre os profissionais reduzindo a possibilidade de haver uma confluência de interesses que tragam benefício tanto para os trabalhadores de enfermagem quanto para aqueles que precisam de atendimento”.

A passagem de plantão faz parte do processo de trabalho da enfermagem e, principalmente, da organização deste trabalho. Todos os sujeitos da pesquisa concordaram com isto, considerando importante esta ação de enfermagem. Entretanto, não conseguiram visualizar uma alternativa para a participação de toda a equipe de enfermagem na passagem de plantão. Consideram esta alternativa inviável devido ao duplo vínculo empregatício e horários especiais para estudantes. Assim, têm que buscar alternativas que minimizem as falhas no processo comunicacional durante a passagem de plantão, uma vez que raramente, todos os membros do turno de trabalho participam da passagem de plantão. A enfermeira, normalmente, anota as observações de seu turno de trabalho.

Arreguy-Senna et al. (2001) sugeriram em seu trabalho a elaboração de painéis para a passagem de plantão em UTI. Esta pode ser uma alternativa para a passagem de plantão de clientes mais críticos, que tenham mais intercorrências, atividades a serem executadas e cuidados a serem prestados.

Na realidade a solução está no pensar sobre a prática. Este pensar, com certeza desenvolve a criatividade.

Em relação a educação continuada na passagem de plantão houve quem fosse taxativo, referindo que era inviável a educação continuada na passagem de plantão como, também, quem achasse que seria exequível, fazendo esta educação em doses homeopáticas e contínuas.

Acredito que a educação continuada ou permanente, na instituição pesquisada, seja um dos mecanismos que poderão implementar mudanças generalizantes. Podem desencadear um processo, (que amparado nos quatro pilares propostos para a educação pela UNESCO, que são aprender a aprender, aprender a ser, aprender a conviver e aprender a fazer) de desenvolvimento de competências. Este processo exercitaria a capacidade para apreender na realidade a relação teoria-prática e possibilitaria a construção de conhecimentos. Neste processo educativo desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe, de ser cooperativo, de desenvolver suas ações de acordo com a necessidade dos sujeitos sobre seus cuidados. Minimizar a fragmentação do trabalho e o enfermeiro, como coordenador deste processo educativo, orientar a construção deste conhecimento com os trabalhadores da enfermagem, visando outras formas de organização do trabalho.

Atualmente, na instituição estudada, acredito que a educação continuada em passagem de plantão seja viável somente para cuidados específicos. Outras formas, para serem implantadas, precisariam de uma sensibilização prévia de todos os integrantes.

Quando iniciei este estudo buscava compreender a passagem de plantão sob a perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Após, todo este tempo posso pensar que os trabalhadores da enfermagem sentem-se imobilizados pela estrutura institucional e pelas rotinas. Sabem que esta ação de enfermagem não está sendo realizada de forma satisfatória, vivem o paradoxo de considerá-la importante, mas demonstram com atos e gestos a pouca importância dada a mais esta rotina na instituição. Enfim, estão aderidos à “situações-limites” sentindo-se impossibilitados de as ultrapassarem. Por isto, segundo Freire (1983, p. 125) “embora as ‘situações – limites’ sejam realidades objetivas e estejam provocando necessidades nos indivíduos, se impõe investigar, com eles, a consciência que delas tenham”.

Assim, a realidade encontrada nesta instituição precisa ser refletida com vistas a propiciar um trabalho mais profissional e prazeroso. Entretanto, este será um caminho de construção-e-de-desconstrução, pois sabemos que qualquer processo de mudança mexe com as relações de poder existentes, sejam elas formais ou informais.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALONSO, Ilca L. K. O processo de comunicação. In: **O prazer de ensinar e aprender**. Especialização em Metodologia do Ensino para a profissionalização em Enfermagem: Módulo I / Kenya S. Reibnitz, Lidvina Horr, Maria de Lourdes de Souza. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1999.

ANGERAMI, E. L. S; MENDES, I. A. C.; TAKAKURA, M. S. A composição das anotações de enfermagem sob o ponto de vista da equipe médica. In: **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v. 2 n.1, jan-fev.1982 , p.27-31.

ARGENTA, Maritê Inês. **Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão**. Florianópolis, 2000, 135 p. Dissertação (Mestrado – área de concentração: assistência de enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

ARREGUY-SENA, C.; OLIVEIRA, R. M. L.; LIMA, D. M. L.; VASCONCELLOS, C. M. R.; SACRAMENTO, E. L. Construção e utilização de um painel informativo para passagem de plantão: Relato de Experiência. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**(online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.html> Acesso em 20 set.2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília, 2001. 304 p.

_____. Centro de Estudos de Pesquisa em Enfermagem. **Resumo de teses e dissertações em Enfermagem** Vol. 1. Período de 1979-2000. Disponível em CD.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M.E. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. P. 91-92.

BELLATO, Rosaney; PASTI, Maria José; TAKEDA, Elisabete. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. In: **Rev. Latino.am. enfermagem** Ribeirão Preto. v. 5. n. 1, jan. 1997, p. 75-81.

BENITO, Gladys Ameli Velez. Refletindo o “duplo fazer” das enfermeiras a partir do marco conceptual da teoria da Betty Neumann. In: **Texto & Contexto Enfermagem** Florianópolis: v. 6, n.1, p. 118-129, jan/abr. 1997.

BERBEL, Neusi A.N. (Org). A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Ed. UEL, 1999.

BERGER, P; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

BERLO, D.K. **O processo de comunicação**: introdução à teoria e à prática. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

BORDENAVE, Juan Diaz. **O que é comunicação?** Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1982.

_____. **O processo de aprender e ensinar no trabalho**. [s.l : s.n.], 199[-].

BORENSTEIN, Miriam Süskind. **Relações de poder num hospital de caridade**: uma visão foucaultiana. Pelotas: Ed. E Gráfica Universitária, UFPel, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Ed. Atlas s.a. 1991.

BRAVERMANN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**. 3 ed., Rio de Janeiro : Zahar, 1981.

CAMARGOS, A. T. **A passagem de plantão e sua influência no trabalho de enfermagem**. Belo Horizonte, 1999, 114 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem. Curso de Pós-graduação em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1999.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem. Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, Maria T. Teoria sócio-humanista. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Teorias em Enfermagem** Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999, Cap. 4, p.137-171.

CARNIO, E.C. et al. A comunicação na passagem de plantão em unidade de internação pediátrica. In: SIBRACEN I, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 1988. p. 424-439.

CHANLAT, Jean-François. Modos de Gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João. (Org.). **Recursos Humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 118-128.

CHIAVENATO, I. Decorrência da Teoria das Relações humanas. In: **Introdução à teoria geral da administração**. 5 ed. São Paulo: Makron Books, 1997. 920p. Cap. 6, p. 157 –219.

CHIRELLI, Mara Quaglio. (Coord.). **Introdução ao Curso de Enfermagem** Marília: Faculdade de Medicina de Marília. Curso de Enfermagem, 1999.

CODO, Wanderley. Qualidade, participação e saúde mental: muitos impasses e algumas saídas para o trabalho no final do século. In: Davel, Eduardo; VASCONCELOS, João. (Org.). **Recursos Humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

COFEN. **Resolução 189**. Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: www.portalcofen.org.br em 14/02/02.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. NOBRH/SUS: princípios e diretrizes. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DAVID, Genair L. Bogoni de; ELSÉN, Ingrid. Ética nas relações entre enfermagem e famílias com AIDS. In: **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: v.9, n.2, p. 590-599, mai/ago., 2000.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 2 ed. Volume I. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

_____. **O fator humano**. Tradutores Maria Irene Stocco Betiol; Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C, **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Maria Irene Stocco Betiol (Org.); Tradutores Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **Educar pela pesquisa**. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

DIAS, Denise Costa. Passagem de plantão: um estudo da comunicação verbal e não verbal. In: **Acta paul. Enfermagem**. n.11, v. 2 , p.77-82, maio/ago. 1998.

FARIA, Eliana Marília. **Comunicação na saúde**: Fim da assimetria? Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC, 1998.

FENILI, R. M. A passagem de plantão: um elo de ligação no processo de trabalho da enfermagem. In: **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis: v.1, n.1, p. 97-113. 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Huberts; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231- 249

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 8ªed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1975.

_____. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1981.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1992.

FREITAS, M. E. de. **Cultura organizacional: formação, tipologia e impacto**. São Paulo: McGrawHill, 199-.

FRÖMM, Erich. **Conceito marxista de homem** Rio de Janeiro: Zahar editores s.a. 8 ed. 1983. 222p.

FURTADO, Adolfo. **Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde: implicações para a gestão de recursos humanos**. Documento elaborado através da consultoria ao Programa de Recursos Humanos da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, Organização Mundial da Saúde, 1992.

GANDIN, Danilo. **Planejamento: como prática educativa**. São Paulo: Ed. Loyola, 1999.

- GONZAGA, A. A. **Manual popular em saúde** : do permitido da doença as ações coletivas e dialógicas em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC, 1994.
- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: Os fundamentos para a prática profissional. Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre: Ed. Artes médicas, 1993, 338p.
- GUERREIRO RAMOS, Alberto. Modelos de homem e teoria administrativa. In: **Rev. Adm. Públ.** Rio de Janeiro: n. 18, v. 2, 1984, p. 3-12.
- HALL, E. A dimensão oculta. Rio de Janeiro: Francisco, 1986.
- HARGREAVES, Andy; EARL, Lorna; MOORE, Shawn; MANNING, Susan. **Aprendendo a mudar**: o ensino para além dos conteúdos e da padronização. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- JORGE, Dilce. R. Efetividade da comunicação do pessoal de enfermagem na passagem de plantão. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v.2, n.27, p. 150-163, 1974.
- KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. In: **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto: v. 5, p. 5-15, abril, 1997.
- KIRCHOFF, Ana L. Carência e finalidade no projeto de humanização da saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) et al. **O processo de trabalho em saúde** : organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de pós-graduação em Enfermagem / UFSC. Ed. Papa-livros, 1999. p. 159-165.
- KRON, Thora. **Manual de Enfermagem** 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- LEOPARDI, Maria Teresa. **Teorias em Enfermagem**: Instrumentos para a prática. Papa livro, Florianópolis: 1999, 228p.
- LEOPARDI, M. T.; KIRCHOFF, A. L, CAPELLA, B. B. et al. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999.
- LIBÂNEO, José Carlos. Pedagogia e Modernidade: Presente e futuro da escola. In: **Pedagogia e pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 1998.
- MACHADO, Maria Helena.(Org.). Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: **Profissões de saúde** : uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995.
- MACHADO, Maria Helena. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. In: **Divulgação**. n. 14 / agosto / 96.
- MAGALHÃES, Ana Maria; PIRES, C. da Silva; KERETZKY, Kátia B. Opinião de enfermeiros sobre a passagem de plantão. In: **Rev. gaúcha de Enf.** Porto Alegre: v.18, n.1, p. 43-53, jan. 1997.
- MARCONDES, Odino. Conserva cultural. In: **Apostila da disciplina Comportamento humano nas organizações**. Curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos. Florianópolis: UFSC, 1997.
- MARIA, Vera Lúcia Regina; IWAKURA, Kazume Horigoshi; LIM, Theresinha Avila; MEDEIROS, Sonia Lima. Evolução do paciente: anotações de enfermagem no kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional. In: **Rev. bras. enfermagem**; n. 30, v. 3, p. 237-243, jul.-set. 1977.
- MATHEUS, Maria Clara Cassuli; COLVERO, Luciana de Almeida; IGUE, Cristina Emiko;

- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia neoliberal. In: **Apostila do Curso de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos: serviços de saúde e recursos humanos**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 1995.
- MENDES, Isabel A. Costa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; NOGUEIRA, Maria Suely. Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre: v. 8, n.2, p. 204 – 219, jul, 1987.
- MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo: HUCITEC, 1992.
- MOREIRA, Leocarlos Cartaxo. **A passagem de plantão enquanto processo comunicativo**. Ribeirão Preto, 1989. 167 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. 1989. Tese: Apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.
- MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2º ed., Brasília: Cortêz, UNESCO, 2000.
- NEWMANN, Margaret A.; SIME, A. Marilyn; CORCORAN-PERRY, S. A. . O foco da disciplina de enfermagem. (mimeografado, traduzido), 2000. **Texto fornecido pela disciplina Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem**, UFSC, 2000.
- NIETSCHE, Elizabeta A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis da enfermagem?** Ijuí: Unijuí, 2000.
- NOGUEIRA, Maria Suely. **Incidentes críticos da passagem de plantão**. Ribeirão Preto, 1988, 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.
- NOGUEIRA, M.S., MENDES, I. A. C., TREVIZAN, M. A. et al. Participação dos elementos da equipe de enfermagem na passagem de plantão. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM. I. 1988, Ribeirão Preto. **Anais**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Maio, 1988. p. 454-475.
- NOGUEIRA, R. Passos. O processo de produção de serviços de saúde. In: **Serviços de Saúde e Recursos Humanos: problemas e determinantes**. Curso de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 1995. P. 132-146.
- _____. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A. ; MOREIRA, Maria Cecília G.B. (Org.). **Saúde trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 138p.
- OLIVEIRA, Maria Ivete de. A formação do conhecimento e a enfermagem brasileira (parte I). In: SIBRATEN. I. 1995, Florianópolis. **Anais**. UFSC: Florianópolis. 1985. p. 8-26.
- OSCAR, Maria F. do Amaral. Análise da passagem de plantão na unidade de enfermagem do serviço de radiologia do hospital de clínicas de Porto Alegre. In: **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre: v. 17, n.2, p. 109-114, jul. 1996.
- PADILHA, Maria I. de S. Coelho; SILVA, Denise M. G. V. A reflexão sobre o processo de mudança. In: REIBNITZ, Kenya S. et al. (Org.). O processo de educação no trabalho: a reflexão da prática. **Série: Especialização em Metodologia do Ensino para a Profissionalização em Enfermagem**. Mod. V. Florianópolis: UFSC. 2000.

PADILHA, Maria I. de S. Coelho; SOUZA, Lúcia N. A. de S. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. In: **Texto & Contexto Enf.** Vol.11, n. 1, 2002, p. 11-30.

PARSE, R. R. Nursing Science Quartely. In: **Nursing: the discipline and the profession** vol.12, n. 4, outubro, 1999, p. 275-276

PAVELQUEIRES, Shirlene; ROZENDO, Célia A.; COLLET, Neusa. In: I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. A Saúde como desafio ético. **Anais do...;** edição organizada por Gustavo A. Caponi, Maria Teresa Leopardi, Sandra N. C. Caponi – Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

PEREIRA, Wilza Rocha; SILVA, Graciete Borges da. A mulher, o trabalho e a enfermagem – algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. In: *Rev. Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis: v.6, n.1, p. 18-32, jan/abr.1997.

PICALUGA, Izabel F. Saúde e trabalho. In: **Guia Curricular para a formação do auxiliar de enfermagem** – área hospitalar: área curricular 1: rompendo a cadeia de transmissão das doenças/elaboração de Izabel dos Santos et al. Belo Horizonte : Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995.

PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. Profissões de Saúde: a formação em questão. In: *Cadernos RH Saúde*. v. 1. n. 3. 1993.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem** São Paulo: Cortez, 1989.

_____. Organização da enfermagem na sociedade contemporânea. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 49, Belo Horizonte, 1997. **Anais...** Belo Horizonte: ABEn, 1997.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

_____. A estrutura objetiva e subjetiva do trabalho em saúde. In: **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livro, 1999. Cap. 2: p. 25-81. 176 p.

PATRÍCIO, Z. M. P. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico**. Pelotas: Ed. UniUFPel, 1996.

POLETO, Denise Sain. **Liderança integrativa na enfermagem**. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

RAMOS, Flávia R. Souza. Quem produz e a quem o trabalho produz?. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Ed. Papa-livros, 1999. Cap. 3.2.

_____. Ética e trabalho: a transgressão do belo. In: I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. A Saúde como desafio ético. **Anais do...;** edição organizada por Gustavo A. Caponi, Maria Teresa Leopardi, Sandra N. C. Caponi – Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de enfermagem** . Salvador, v. 13 n. 1/2. p. 83-92. abr. a out., 2000.

SANTANA, José Paranaguá. Gestão do Trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Administração de recursos humanos. **Curso de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 1995. p. 61-75.

SANTOS, Mauro L. S.C. dos; OLIVEIRA, Solange de Carvalho. Neuroses. In: **Guia Curricular para a formação do auxiliar de enfermagem** – área hospitalar: área curricular

II: participando da recuperação da saúde individual em situações clínicas/elaboração de Izabel dos Santos et al. Belo Horizonte : Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995.

SCHNEIDER, Jacó F; LIMA, M. Alice D. da S.; MIRON, Vera L. BRAGA, V. A . B. Enfermagem e autonomia do paciente. In: Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. A saúde como desafio ético. **Anais** do I Sem. Int. de Filosofia e Saúde; edição organizada por Gustavo A. Caponi, Maria Teresa Leopardi, Sandra N. C. Caponi – Florianópolis: Sociedade de estudos em filosofia e saúde, 1995.

SCHRAMMM, Wilbur. **La ciencia de la comunicacion**. Mexico: Roble, 1975.

SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio. (Org.). **Bioética**. São Paulo: Ed. Da USP, 1999

SIEVERS, Burkard. Além do sucedâneo da motivação. In: **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: v.30, n.1, p. 5 –16, jan-mar , 1990.

SILVA, Alcione Leite da ; ARRUDA, Eloíta Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem?. In: **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n.1, 1993, p. 82-92.

SILVA, E. S. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C, **Psicodinâmica do trabalho** : contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Maria Irene Stocco Betiol (Org.); Tradutores Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994.

SILVA, L. A. da; POLI, Gilmar. A impregnação do uso das rotinas na enfermagem. In: **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, 2001, p. 94-101.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed. Gente, 1996.

SILVA, Roseli Ferreira da; STACCIARINI, Jeanne Marie R. Qualidade da comunicação do enfermeiro: passagem de plantão. In: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Anais do 2º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1990. p.271-86.

SIQUEIRA, Hedi C. H. de. **Construção de um processo educativo, através de um exercício de reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa, com um grupo de enfermeiros de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pós-graduação em Enfermagem, UFSC,1998.

SOUZA, Alina M. de A.; GALVÃO, Ena de A.; SANTOS, Izabel dos; ROSCHKE, Maria A. **Processo educativo nos serviços de Saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde.1991(mimeografado).

SOUZA, Lucia Ribeiro; VERAS, Renato. Ideologia e Saúde. In: **Guia Curricular para a formação do auxiliar de enfermagem** – área hospitalar: área curricular 1: rompendo a cadeia de transmissão das doenças/elaboração de Izabel dos Santos et al. Belo Horizonte : Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2ed. São Paulo: Editorial Robe, 1993.

STRAUSS, George ; SAYLES, Leonard R. **Personal**: problemas humanos de la administración. México: Prentice-Hall, 1986.

TAKAHASHI, R.T.; PEREIRA, L. L. Liderança e comunicação. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo: v.25, n.2, p. 123-135, ago. 1991.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1986.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial, Florianópolis: ed. UFSC, 1999, 162p.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1995. 175p.

VARELLA, T. Christina. Supervisão. In: **Guia Curricular para Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS**. Área Curricular IV: organizando e desenvolvendo seu processo de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

9 ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação...(codinome).....

Categoria.....

Tempo de trabalho na instituição.....Sexo.....

Nível de escolaridade.....

Estado civil.....N.º de filhos.....

Número de empregos.....Jornada:Renda familiar.....

1. Como a passagem de plantão é realizada na unidade?
2. Qual a sua opinião sobre a passagem de plantão realizada na sua unidade?
3. Como você acha que deveria ser a passagem de plantão?
4. A passagem de plantão é importante no seu trabalho? Por que ela existe?
5. Qual o tempo ideal para a passagem de plantão? Como operacionalizar esse tempo?
6. Como a passagem de plantão pode influenciar na continuidade do trabalho da enfermagem?
7. Que fatores interferem, positiva e negativamente, na passagem de plantão?
8. O que pode ser melhorado na passagem de plantão? O que fazer para que a passagem de plantão contribua para melhorar o seu trabalho e proporcionar uma assistência de melhor qualidade?
9. Você acha que a passagem de plantão pode ser um espaço para a realização de outras atividades como a educação continuada, por exemplo? Como poderia ser feito?

ANEXO B

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO³⁰

LOCAL:

HORÁRIO:

DATA:

	ATIVIDADES
	<i>Pontualidade no início da passagem de plantão</i>
	▪ Horário previsto:
	▪ Horário realizado:
	▪ Tempo de duração da passagem de plantão:
	▪ Tempo previsto:
	▪ Tempo realizado:
	<i>Condições ambientais no momento da passagem de plantão</i>
	▪ É realizada em sala própria
	▪ É realizada em sala com trânsito de pessoas, ruídos, outras interferências
	<i>Participação do pessoal de enfermagem</i>
	▪ Todos participam do início ao fim
	▪ Faltam pessoas do turno que passa o plantão
	▪ Faltam pessoas do turno que recebe o plantão
	▪ Pessoas chegam após o início
	▪ Pessoas se ausentam antes do término
	▪ Alguém coordena? Quem?
	<i>Tonalidade de voz durante a passagem de plantão</i>
	▪ Boa dicção, voz clara
	▪ Má dicção
	▪ Voz muito forte

³⁰ Roteiro utilizado adaptado de OSCAR (1996).

	<i>Características das informações</i>
	▪ Objetivas
	▪ Completas
	▪ Incompletas
	▪ Superficiais
	▪ Linguagem utilizada
	▪ O que é informado?
	<i>Qualidade da passagem de plantão</i>
	▪ Existe atenção e interesse no grupo
	▪ Desatenção e desinteresse
	▪ Participação verbal de várias pessoas
	▪ Participação verbal de apenas uma pessoa

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar de entrevistas que irei desenvolver neste Hospital nos meses de outubro a novembro de 2001.

Estas entrevistas farão parte de uma pesquisa que me proponho a realizar e caracteriza-se por uma reflexão acerca das relações que se estabelecem entre educação, trabalho e assistência de enfermagem na passagem de plantão, buscando refletir com os trabalhadores da enfermagem, acerca da passagem de plantão no contexto do trabalho coletivo da enfermagem com vistas a contribuir para a realização de um trabalho mais criativo, satisfatório e de qualidade e buscar indicativos para uma possível mudança na passagem de plantão.

O trabalho será realizado em dois momentos, sendo a primeira etapa uma entrevista que será aplicada aos trabalhadores da enfermagem. A segunda etapa se caracteriza por um momento de reflexão dos trabalhadores quanto aos dados obtidos nas entrevistas.

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento.

Sua participação poderá contribuir na construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para os trabalhadores de enfermagem, assim como para uma melhor assistência aos usuários de nossos serviços.

Após cada uma das etapas, seu relato lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda se você desejar poderá deixar de responder as perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que desenvolvemos na enfermagem.

Se julgar necessário você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: XX

Rosani Ramos Machado

Eu, _____ consinto em participar desta pesquisa desde que se respeite as condições acima.

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento, por escrito, para participar da oficina que irei desenvolver no mês de novembro de 2001. Você já tomou ciência dela na ocasião em que realizei a entrevista.

Neste momento, iremos realizar através de oficina a reflexão acerca da passagem de plantão na enfermagem na instituição, com vistas a discutir a passagem de plantão no contexto de trabalho da enfermagem.

Os relatos obtidos na oficina serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento.

Após a realização da oficina você terá acesso aos relatos que o envolvem e que serão utilizados no trabalho para seu parecer final. Você terá liberdade para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que desenvolvemos na enfermagem.

Se julgar necessário você poderá entrar em contato comigo pelo telefone: XX

Rosani Ramos Machado

Eu, _____ consinto em participar deste estudo, na etapa de oficinas, desde que se respeite as condições acima.

ANEXO E

OFICINA

Possibilidades e limites da passagem de plantão da enfermagem

PROPÓSITO

Desenvolver um processo educativo de reflexão com os trabalhadores da enfermagem, a respeito da passagem de plantão, com vistas a propiciar melhor entendimento sobre a mesma e contribuir para possíveis mudanças.

DATA	TEMA
15/01/02	
13- 13:30h	<p>✓ Dinâmica de apresentação e integração</p> <p>✓ A trilha (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, p. 162, 2001)</p> <p>Objetivo: Auxiliar a vivenciar a prática da solidariedade e resgatar o compromisso com o outro.</p> <p>Duração: 30 minutos.</p> <p>Material: Sala ampla, aparelho de som, musica instrumental, cd, sapatos dos participantes.</p> <p>Desenvolvimento:</p> <ol style="list-style-type: none">1. O facilitador comentará com o grupo se eles conhecem ditos populares e colocará para os participantes os seguintes ditados: “Tem pedra no meu sapato”, “Isto é uma pedra no meu sapato”, ou “tem uma pedra no meu caminho”.2. O facilitador pedirá aos participantes para comentarem sobre os ditados.3. O facilitador solicitará aos participantes que tirem os seus sapatos e que com eles façam uma trilha (um sapato de frente para o outro) no centro da sala.4. Divide-se o grupo em dois grupos menores, que se posicionam cada um nas pontas da trilha.5. Explicar o jogo:<ul style="list-style-type: none">- No centro da sala temos uma trilha de um lado, e temos uma montanha, e do outro um precipício(desfiladeiro ou abismo). O facilitador dá o código do jogo: Vocês deverão passar na trilha(nos sapatos) sem cair. Isso vale para os dois grupos. Após feitas as combinações, os grupos fazem a sua passagem, um de cada vez.6. O facilitador lembra ao grupo que é fácil essa caminhada e que a vida não é bem assim, pois nos encontramos com outros, no sentido contrário, no cotidiano. Sendo assim, o facilitador dá o código.

7. Os grupos passarão, ao mesmo tempo, pela trilha. Inicia-se a caminhada com música de fundo. O facilitador estimula o grupo, solicitando a ajuda para o(a) companheiro(a), possibilidade de dar as mãos, cuidado, calma, reflexão, sem pressa, etc. Olhe a trilha, olhe o seu companheiro, olhe o outro que cruza com você. Perceba o outro!

Sugestões Para reflexão:

1. O que é a trilha?
2. Houve pedido de ajuda? Você ajudou sem preconceito?
3. Falar sobre a solidariedade.
4. Quando se respeita ao outro?
5. Quais os sentimentos evidenciados pelo grupo?

Resultados esperados:

Ter tido a oportunidade de vivenciar a prática da solidariedade e o resgate do compromisso com o outro.

13:30 –
15:00h ✓ Apresentação do consolidado das entrevistas realizadas anteriormente com os integrantes sobre a passagem de plantão.
✓ Apresentação do consolidado das observações do facilitador sobre as passagens de plantão nas unidades pesquisadas.

16-16:15h ✓ Intervalo

16:15 – ✓ Trabalho em grupo: Analisar os resultados da pesquisa.

17:15h ✓ Apresentação do consolidado dos grupos sobre a análise da pesquisa.

17:15 – ✓ Limites e possibilidades da passagem de plantão.

19:00h ✓ Dinâmica de encerramento e avaliação

✓ Balão na roda (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, p. 278, 2001).

Objetivos: Encerrar atividades; refletir sobre o trabalho realizado; avaliar o grau de importância do trabalho realizado, para a vida profissional e pessoal; refletir acerca dos obstáculos que se apresentam diante de todo o trabalho; facilitar o processo de separação do grupo.

Material: Balões coloridos, papéis cortados em tamanho pequeno em número maior que o dos componentes do grupo, canetas ou lápis, aparelho de som, música animada e música suave.

Duração: 30 minutos

Desenvolvimento:

1. Distribuir um pedaço pequeno de papel e uma caneta ou lápis para cada componente do grupo, solicitando que os mesmos possam escrever uma mensagem bonita no papel, dobrando-o depois em tamanho pequeno.
2. Oferecer um balão colorido para cada um (deixando que os mesmos possam escolher a cor), pedindo que seja colocada dentro do balão a pequena mensagem dobrada.
3. Solicitar que os participantes encham o balão e que seja dado um nó na ponta.
4. Pedir que todos os balões sejam jogados para cima, ao som da música, de maneira que todo o grupo possa tocá-los, avisando-os de que nenhum balão poderá cair no chão. Se isso ocorrer, o facilitador deverá estimular o grupo à jogá-lo para cima.
5. Encerrar a brincadeira, solicitando que cada pessoa pegue um balão de cor diferente da sua.

6. Trocar a música colocando uma música relaxante.
7. Dispor o grupo de pé, em círculo, pedindo que seja feito um exercício respiratório para descansar.
8. Solicitar que o balão seja estourado e que cada um pegue a mensagem de dentro. A mesma deverá ser lida em conjunto, para todos, ao som da música suave, promovendo uma reflexão no grupo.
9. Encerrar a técnica, falando o quanto foi importante o trabalho com a equipe em questão, motivando os mesmos para a continuidade do trabalho.

Sugestões para reflexão:

- Continuidade do trabalho
- Perseverança nas dificuldades

Trabalho em equipe.

ANEXO F

Quadro 06 - Resumo de várias abordagens sobre a passagem de plantão.

AUTOR	OBJETIVO DO AUTOR NO TEXTO ESTUDADO	DESTAQUES DO TEXTO (RESUMO)
Dilce Rizzo Jorge (1974)	Verificar a efetividade da comunicação na passagem de plantão.	A passagem de plantão não esta baseada na filosofia da enfermagem, elegendo o paciente como centro das atividades. Apresenta muitos defeitos em todos os elementos do processo comunicativo. Apresenta linguagem inadequada. Jorge observa ainda que “na forma como vem sendo realizada, pode-se até deduzir que a finalidade principal é o encontro dos funcionários dos dois turnos, que têm sempre uma conversinha particular logo após a passagem de plantão, principalmente os que fazem comércio às escondidas no hospital, assim como para a constatação da presença e da distribuição da escala de serviço” (1974, p.62).
M. S. Nogueira (1988) Incidentes críticos da passagem de plantão	Aborda incidentes críticos da passagem de plantão.	Os incidentes identificados como interferências provocadas por interrupções, ruídos, trânsitos de pessoas não pertencentes a equipe de enfermagem, local inapropriado e outros influenciam tantos os transmissores como os receptores das informações, podendo prejudicar a compreensão da mesma.

<p>Leocarlos Cartaxo Moreira. A passagem de plantão enquanto processo comunicativo. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1989. 182 f.</p>	<p>O estudo realizado procurou retratar o comportamento verbal dos membros da equipe de enfermagem, pacientes e outros sujeitos – acompanhantes e demais elementos da equipe de saúde – durante a passagem de plantão em um hospital de ensino. Foram os temas centrais: a verificação da frequência das categorias verbais e episódios verbais; a identificação das variáveis que permeiam o comportamento do falante e ouvinte.</p>	<p>Procedeu-se a investigação em duas unidades de internação hospitalar utilizando-se para a coleta de dados a técnica de observação direta e registro cursivo com papel, lápis e gravador. Os resultados demonstraram que as técnicas empregadas foram adequadas, registrando-se a emissão das categorias verbais tato, comando, intraverbal, ecótico e textual pelo grupo estudado, com predominância significativa de emissão da categoria tato. Dentre os sujeitos, o enfermeiro foi o elemento que apresentou maior frequência de emissão (46,6 por cento) e os pacientes a menor (1,1 por cento).</p>
<p>Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) Orientadora: Emília Campos de Carvalho.</p>	<p>Durante as passagens de plantão; a investigação das fontes de informações, ocorrências verbais e não verbais como variáveis desencadeadoras ou oponentes à emissão do comportamento verbal. O referencial teórico que fundamentou o estudo enquadra-se na linha behaviorista, especificamente no modelo comportamental formulado por Skinner (1957).</p>	
<p>Roseli Ferreira da Silva; Jeanne Marie R. Stacciarini. Qualidade da comunicação do enfermeiro: passagem de plantão.</p>	<p>Contribuir com o procedimento de passagem de plantão, utilizamos o referencial teórico de Lee Thayer (1961), para avaliar a qualidade de comunicação do enfermeiro no mesmo.</p>	<p>Os resultados evidenciaram no geral que a comunicação na passagem de plantão tem sido eficaz, a mensagem compreendida, válida e utilizada, mas não tem sido econômica em termos de tempo e energia.</p>
<p>Rosângela Maria Fenili (1996)</p>	<p>Observar como se processa a passagem de plantão.</p>	<p>Relata causas que podem enfraquecer a passagem de plantão entre elas, cita cansaço dos trabalhadores, problemas de ordem administrativa, de comunicação.</p>

<p>Maria Francisca do Amaral Oscar (1996) Análise da passagem de plantão na Unidade de Enfermagem do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre</p>	<p>Avaliar a passagem de plantão, destacando a importância da comunicação, mas analisando, também, pontualidade, duração, participação, características da voz e das informações, registradas em questionários por auxiliares de enfermagem.</p>	<p>Houve alteração na maneira de trabalhar em relação a troca de turno.</p>
<p>Ana Maria Magalhães et al. (1997) Opinião dos enfermeiros sobre a passagem de plantão.</p>	<p>Verificar com enfermeiros(as) como a passagem de plantão contribui para a organização do trabalho com vistas ao processo de cuidar em enfermagem. Destaca a contribuição da passagem de plantão e dos registros de enfermagem como o elo integrador para os sistema de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ainda é uma ação pouco discutida pelos enfermeiros, o que pode ser evidenciado pela falta de trabalhos e pesquisas sobre o assunto; • Os enfermeiros consideram uma atividade fundamental para a organização de seu trabalho mas têm dúvida em relação à importância dada pelo pessoal de nível médio sobre esta ação; • Levantam aspectos que dificultam esta atividade e que não vêm sido discutidos na instituição.
<p>Maria Clara Matheus Cassuli; Luciana de Almeida Colvero; Cristina Emiko Igue; Denise Costa Dias. Passagem de plantão: um estudo da comunicação verbal e não verbal. Acta paulista de enfermagem;11(2):77-82, maio/ago. 1998.</p>	<p>Analisar os componentes não verbais dos membros da equipe de enfermagem e, a equivalência entre as informações verbais contidas no prontuário do paciente.</p>	<p>A análise dos dados mostrou que houve concordâncias, mas também, divergências entre as informações verbais da passagem de plantão e as anotações escritas. Além disso, relatam as evidências que esclarecem como os elementos não verbais do processo de comunicação interferem na passagem de plantão a beira do leito.</p>

Anádias Trajano Camargo (1999). A passagem de plantão e sua influência no trabalho de enfermagem.	Conhecer como é realizada a passagem de plantão, que fatores influenciam seu desenvolvimento e a importância que ela tem na continuidade do trabalho da enfermagem.	Todos consideram a passagem de plantão importante com instrumento facilitador na continuidade do trabalho da enfermagem levantando limitações e possibilidades desta ação de enfermagem.
--	---	--