

VANIA MARTA PRADEBON

**O COTIDIANO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE
DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA:
QUE TRABALHO É ESSE?**

FLORIANÓPOLIS, SC

2002

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
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL: UFSC, UFSM, UNIFRA, UNICRUZ

**O COTIDIANO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE
DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA:
QUE TRABALHO É ESSE?**

VANIA MARTA PRADEBON

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

ORIENTADOR: Dr^a. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

Florianópolis, fevereiro de 2002

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

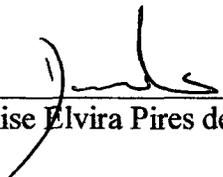
**O COTIDIANO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE
DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA:
QUE TRABALHO É ESSE?**

VANIA MARTA PRADEBON

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

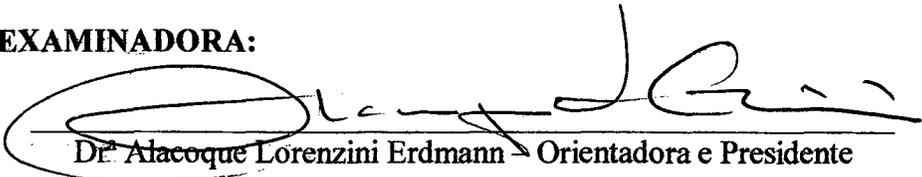
Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 22 de fevereiro de 2002, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dr^a Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Curso

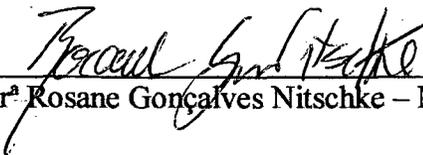
BANCA EXAMINADORA:



Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora e Presidente



Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck – Membro



Dr^a Rosane Gonçalves Nitschke – Membro

Dr^a Vera Regina Real Lima Garcia – Suplente

Desejo dedicar este trabalho aos meus filhos **Lucas e Rafael**, e deixar para eles o seguinte pensamento:

*Se eu pudesse deixar algum
presente a vocês...*

*...deixaria aceso o sentimento de amar
a vida dos seres humanos.*

*A consciência de aprender tudo
o que foi ensinado pelo tempo afora.*

*Lembraria os erros que foram cometidos
para que não mais se repetissem.*

*Deixaria para vocês, se pudesse,
o respeito àquilo que é indispensável:*

*Além do pão; o trabalho.
Além do trabalho; a ação.*

E, quando tudo mais faltasse, um segredo:

*o de buscar no interior de si mesmo
a resposta e a força para encontrar a saída.*

(Gandhi)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus agradecimentos às pessoas que incentivaram e ajudaram na realização desse trabalho, em especial:

Aos meus filhos, **Lucas e Rafael**, e ao meu marido, **Alvaro**, pela compreensão e apoio; teria sido muito difícil enfrentar este desafio sem eles.

Ao grupo da UTIP, constituído por: **Magaly, Pavonia, Luiza, Neca, Estrela, Luna, Tina, Inha, Flávia, Safira e Violeta**, o qual possibilitou a realização da prática assistencial.

À **Ivanete**, que ajudou em parte do meu cotidiano doméstico para que eu me dedicasse a este trabalho.

À **Dr^a Alacoque L. Erdmann**, pela sua orientação segura e sempre pertinente.

À **aquelas Colegas** que, nos momentos de dificuldades, me encorajaram e confortaram.

À **aqueles Professores** que, mesmo sem ser orientadores, prestaram seu auxílio.

À **FAPERGS**, pelo apoio financeiro.

Aos **Autores** aqui referenciados e aos não referenciados, o meu reconhecimento, porque, por intermédio de suas crenças, visão de mundo, concepções, ousadias, devaneios, conhecimentos, deram consistência a este trabalho.

O COTIDIANO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA: QUE TRABALHO É ESSE?

RESUMO

Autor: Vania Marta Pradebon

Orientador: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

Este estudo de abordagem qualitativa foi realizado na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP), pertencente a um hospital escola da cidade de Santa Maria, RS. Foi desenvolvido com um pequeno grupo da equipe de enfermagem dessa unidade, ou seja, com cinco enfermeiros e seis auxiliares de enfermagem, perfazendo o total de onze participantes no grupo de reflexão. O problema que suscitou o estudo refere-se à rejeição que os enfermeiros da UTIP apresentam quanto à ocupação do cargo chefe de enfermagem dessa unidade organizativa. E, teve como objetivo desenvolver um processo reflexivo junto à equipe de enfermagem sobre o cargo de chefe da UTIP, em seu cotidiano, à luz do paradigma da complexidade, a partir da ótica dos sujeitos atores desse subsistema. O referencial teórico que respaldou o estudo foi constituído de alguns conceitos do paradigma da complexidade, os fundamentos teóricos e legais do cargo de chefe de unidades organizativas e o serviço de enfermagem oferecido numa UTIP. Após a coleta dos dados que emergiram durante a prática assistencial, fizemos o agrupamento deles, por intuição, evidenciando as principais idéias e suas contradições, formando, assim, o conjunto das pré-categorias. Posteriormente, para constituirmos as categorias (ou idéias nucleadoras), nos inspiramos na sistematização proposta por Bardin (1977); todavia, não nos ativemos rigidamente a ela. Dessa forma, a análise e a reflexão dos dados foram ancoradas especialmente em Morin (1982) e nos autores que compuseram o nosso referencial teórico. Várias são as nuances que contribuem para a rejeição do cargo de chefe de enfermagem da UTIP por parte dos enfermeiros, como a centralização e delegação de atividades; limites e autonomia; o poder mantido na área sombria; a assistência direta ao paciente e a administração da assistência de enfermagem, dentre outras. No decorrer do processo reflexivo, foram abordados os aspectos educativos e éticos, além daqueles inerentes ao cargo de chefe de enfermagem da UTIP.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autor: Vania Marta Pradebon

Orientador: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

Título: O COTIDIANO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICA: QUE TRABALHO É ESSE?

Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Florianópolis, SC, 22/02/2002

**THE DAILY LIFE OF THE NURSING CHIEFS IN A PEDIATRIC INTENSIVE
TREATMENT CENTER: WHAT KIND OF WORK IS THIS?**

ABSTRACT

Author: Vania Marta Pradebon

Adviser: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

This study was carried out in the Pediatric Intensive Treatment Center (PITC) of a university hospital in Santa Maria (RS). It was developed with a small group of the nursing staff from the same hospital. The group was composed by five nurses and six assistant nurses, making an amount of 11 participants in the reflection group. The study reflects on the rejection concerning the occupation of the chiefdom of the unit and aims at developing a reflexive process with the nursing staff about the nursing chiefdom in its daily life. The study was based on some concepts extracted from the complexity paradigm, and some theoretical and legal bases about the nursing service in a PITC. The data were gathered intuitively showing up main ideas and contradictions, which led to the formation of precategories. Afterwards, the categories (or main ideas) were constructed on the basis of Bardin's proposal (1977), exploiting it in its necessary limits. The analysis and reflection of the data were based mainly on Morin (1982) and other authors that composed our theoretical reference. There are a lot of details that contribute to the rejection of the nursing chiefdom of PITC, such as centralization and the delegation of the activities; limits and autonomy, non institutionalized power; direct assistance to the patients, and administration of the nursing assistance, among others. Beyond topics related to nursing chiefdom of a PITC, educational and ethical aspects were approached throughout the reflexive process.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA, SC, BRAZIL
HEALTH SCIENCE CENTER / NURSING DEPARTMENT
POSTGRADUATION COURSE IN NURSING**

Author: Vania Marta Pradebon

Adviser: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

Title: **THE DAILY LIFE OF THE NURSING CHIEFS IN A PEDIATRIC
INTENSIVE TREATMENT CENTER: WHAT KIND OF WORK IS THIS?**

Master Dissertation in Nursing – Area of Concentration: Philosophy, Health and Society
Florianópolis, SC, 22/02/2002

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE APÊNDICES	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
1 INTRODUÇÃO	1
2 SUPORTE TEÓRICO	6
2.1 Complexidade nas organizações	6
2.2 O serviço de enfermagem na UTIP	8
2.2.1 Considerações sobre serviços em geral	9
2.2.2 O trabalho na UTIP propriamente dito	17
2.3 Breves considerações sobre chefe, chefia e liderança	19
2.3.1 Evolução histórica de algumas teorias de liderança	23
2.3.1.1 A teoria do grande homem ou das características ou dos traços	23
2.3.1.2 Teorias do comportamento (dos estilos)	24
2.3.1.3 Teoria Situacional ou contingencial	25
3 O MARCO CONCEITUAL	28
3.1 Considerações sobre o paradigma da complexidade	28
3.1.1 Breve histórico sobre o paradigma da complexidade	28
3.1.2 Alguns conceitos do paradigma da complexidade	31
3.2 Pressupostos	36
3.3 Conceitos considerados relevantes ao estudo	37
3.4 Descrição da representação gráfica do marco conceitual	44
4 METODOLOGIA	46
4.1 Local	46
4.1.1 A instituição: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria	46
4.1.2 A unidade do estudo	55
4.2 O grupo da prática assistencial	56

4.3 A coleta de dados da prática assistencial	58
4.3.1 Aspectos éticos	59
4.3.2 As estratégias para a coleta dos dados	60
4.4 O registro dos dados	68
4.5 A análise dos dados	68
5 OS DADOS QUE EMERGIRAM DURANTE A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	71
5.1 Ordem, desordem e organização	72
5.2 Sentimentos frente às desordens, imprevistos... ..	74
5.3 O serviço de enfermagem da UTIP e os serviços de apoio	76
5.4 Disciplina de enfermagem e interdisciplinaridade	78
5.5 Relações verticais e relações horizontais no cotidiano do trabalho	80
5.6 Luz e sombra no contexto da UTIP	83
5.7 Assistência direta ao paciente e administração da assistência de enfermagem	85
5.8 O poder mantido na área sombria	89
5.9 Limites e autonomia (liberdade)	92
5.10 Visão do grupo sobre o trabalho da enfermagem na UTIP	96
5.11 Centralização e delegação de atividades	100
5.12 O chefe: de super-homem a ser humano	102
6 REFLEXÕES NO RETORNO AO MARCO CONCEITUAL	108
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL	120
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÊNDICES	133
ANEXOS	148

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Exemplo de produtos e serviços	13
FIGURA 2 - Classificação dos processos de serviços	14
FIGURA 3 - Características dos serviços prestados na UTIP	18
FIGURA 4 - Tetragrama	32
FIGURA 5 - Sistema como macroconceito	33
FIGURA 6 - Inter-relação de alguns conceitos do paradigma da complexidade	35
FIGURA 7 - Representação gráfica do marco conceitual	45
FIGURA 8 - Organograma do HUSC	51
FIGURA 9 - Organograma do HUSM	53
FIGURA 10 – Sistema relacional do enfermeiro-chefe com os serviços externos a UTIP e intra-UTIP	64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Diferenças típicas entre empresas de manufatura e de serviços	10
QUADRO 2 – Diferenças entre gerentes e líderes	22
QUADRO 3 – A metamorfose das mensagens organizacionais	85

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Convite	134
APÊNDICE B - Autorização	135
APÊNDICE C - Consentimento informado	136
APÊNDICE D - Escolha do cognome	137
APÊNDICE E - Instrumento de avaliação	138
APÊNDICE F - Agrupamento por semelhança dos dados obtidos no grupo da prática assistencial	139

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Consciência ingênua e consciência crítica	149
ANEXO B - Mensagens	151
ANEXO C - Abrigo subterrâneo	152
ANEXO D - Fotografia	153
ANEXO E - Jogo dos pontos	155
ANEXO F - Como seguir instruções	156
ANEXO G - A janela	157

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno de rejeição pelo cargo de chefia da unidade de enfermagem e correlatos, por parte de grande parcela dos enfermeiros, no âmbito de um hospital-escola público, tem chamado nossa atenção, na última década, e nos parece crescente.

Com a democratização no país e o advento de eleições diretas para escolha do Presidente da República, governadores, prefeitos e os outros cargos políticos, ocorreu flexibilização nas demais organizações públicas, como as universidades, sendo os dirigentes dessas também escolhidos diretamente pela comunidade universitária.

No hospital-escola não foi diferente, e se adotou o mesmo processo para escolha de diretores, coordenadores e chefes em todas as áreas.

Diante disso, esperava-se que houvesse vários candidatos concorrendo para vagas de chefes, coordenadores e diretor, dentro do serviço de enfermagem. Isso não se concretizou; ao contrário, diríamos que existe carência de enfermeiros dispostos a assumir esses encargos. É de causar estranheza, visto que com a modalidade anterior, a indicação, os chefes e congêneres estavam comprometidos, representavam e defendiam os interesses da organização, como refere Trevizan (1988); ao passo que, no modelo atual, uma vez eleito pela equipe da unidade, o chefe teria maior aceitação, apoio, confiança e colaboração por parte do grupo. Sendo assim, por que a aversão da maioria dos enfermeiros pela chefia de unidade ou correlatos?

No âmbito da enfermagem brasileira, críticas contundentes têm sido feitas de parte dos teóricos de enfermagem aos enfermeiros, por incorporarem as funções administrativas de maneira acentuada na sua prática cotidiana, em detrimento do cuidado direto ao paciente.

Na academia, durante o processo de formação desse profissional, é dada ênfase à

assistência individualizada aos pacientes, famílias; no entanto, quando aqueles são inseridos no mercado de trabalho, fica evidenciada a dicotomia do que é idealizado para o enfermeiro e a realidade organizacional que se apresenta (TREVIZAN, 1988). Seriam esses fatores responsáveis pelo desinteresse pelo cargo de chefe de unidade por parte dos enfermeiros. Isto é, a discrepância existente entre o discurso ideológico de uma prática voltada inteiramente à assistência direta ao paciente, família, comunidade e a realidade do mercado de trabalho desse profissional, o qual exige que o mesmo assuma, na sua unidade de trabalho, a coordenação dos enfrentamentos diários seria a causa do desinteresse observado?

Na nossa trajetória profissional, a partir da graduação em Enfermagem, em julho de 1982, na Faculdade de Enfermagem “Nossa Senhora Medianeira” (FACEM), sempre exercemos o cargo de chefia, seja indireta ou diretamente: nos primeiros nove anos da profissão, como supervisora de enfermagem no turno da noite, na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) e na Unidade de Tratamento Intensivo de Recém-Nascidos (UTI-RN), concomitantemente. Depois, assumimos a chefia de enfermagem da UIP por uma gestão, ou seja, quatro anos consecutivos. Próximo de expirar esse período, nos engajamos no projeto da construção da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP), participando efetivamente de todas as suas fases, isto é, da construção da área física, da compra de material e equipamentos, da elaboração da estrutura organizacional do serviço; e, com a assessoria da então coordenação de educação continuada de enfermagem, promovemos curso de atualização, aperfeiçoamento ou capacitação técnico-científica bem como de relações humanas para enfermeiros e auxiliares de enfermagem que compuseram o grupo de enfermagem da UTIP. Fomos chefe dessa unidade por um quadriênio. Além disso, nesse ínterim, algumas vezes assumimos temporariamente a chefia de enfermagem da UTI-RN, UIP, UTIP como também a coordenação da Área Materno Infantil.

Nesse percurso e ao longo dos anos, temos ouvido afirmações e desabafos como: ‘eleições pra quê?’ (...) entra coordenador, chefe, sai chefe e tudo continua igual, nada muda!’ Quando se trata dos diretores do hospital, a queixa é: ‘só lembram da gente pra pedirem voto!’ Diante disso, questionamo-nos: será que o cargo de chefia de unidade esvaziou-se? Que expectativas são alimentadas em relação ao chefe pelo grupo? O enfermeiro sabe ser chefe? O que é ser chefe nesse mundo efervescente e acelerado no qual tudo é urgente, fugaz? A chefia de unidade, ainda, é necessária? Que tipo de chefia o

enfermeiro desempenha? Será que as organizações (sistemas sociais) estão hierarquicamente tão fortemente solidificadas que desmobilizam a vontade de mudança dos chefes?

O problema é que existe resistência ao cargo de chefe da unidade de tratamento intensivo pediátrica (UTIP), por parte dos enfermeiros.

Face ao exposto, com o presente estudo, ancorado em conceitos do paradigma¹ da complexidade (MORIN, 1982), (teoria esta ainda não consolidada na área de enfermagem, porém não desconhecida, pois já temos contribuições, como o trabalho de Erdmann (1996)² ao tratar do tema na sua tese de doutoramento, e almejando que este se torne significativo para a compreensão e domínio das situações cotidianas da chefia da UTIP, sabidamente complexas), é que elencamos o seguinte **objetivo**:

- desenvolver um processo reflexivo junto à equipe de enfermagem sobre o cargo de chefe da UTIP, em seu cotidiano, à luz do paradigma da complexidade, a partir da ótica dos sujeitos atores desse subsistema.

A fim de justificar este trabalho, é necessário entender que, nos últimos anos, muitas e profundas transformações ocorreram no mundo e no Brasil com a globalização. O ritmo é frenético, o global e o local estão inseridos ao mesmo tempo no cotidiano dos seres humanos. Vivemos o contraditório. Ao mesmo tempo em que a descoberta fantástica do genoma humano representa a possibilidade de benefícios incalculáveis à humanidade, paira sobre a mesma a ameaça de que, num futuro próximo, os humanos possam ser discriminados por portarem determinados gens, tornando-se esta, então, mais uma forma de discriminação para os indivíduos e ou grupos sociais. O contingente de excluídos aumenta no cenário mundial e a luta pelo trabalho produtivo (empregabilidade) é feroz; assim mesmo, as oportunidades estão decrescendo.

¹Paradigma, para Kuhn, *apud* Serva (1992), é precedido por uma visão de mundo, valores e crenças, dentre outros aspectos, compartilhados por uma determinada comunidade científica. Na concepção de Morin (2000, p. 25), o paradigma “efetua a seleção e a determinação da conceptualização e das operações lógicas. Designa as categorias fundamentais de inteligibilidade e opera o controle de seu emprego. Assim, os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas inscritos culturalmente neles”.

² Ver ERDMANN, Alacoque L. **Sistema de cuidados**. Pelotas: UFPel, 1996.

A evolução técnico-científica, nos mais variados campos, pressiona o trabalhador humano para a busca incessante de novas habilidades e conhecimentos. Nessa perspectiva, Assmann & Sung (2000, p. 13) assinalam que “no futuro só vai continuar trabalhando quem estiver aprendendo intensamente por toda a vida” e tiver uma capacidade adaptativa renovada constantemente. Para os autores mencionados, é necessário aperceber-se, na nossa experiência cotidiana, que os microprocessos da vida se entrelaçam com os níveis macro do planeta, num entrelaçamento complexo. E que, portanto, hospital e enfermagem estão imbricados nesse cenário, sendo impossível manter-se à margem dos processos e contra-processos que se manifestam no planeta Terra. Com esta visão, sabiamente, Prigogine & Stengers (1997, p. 5) asseguram:

(...) não são mais as situações estáveis e as permanências que nos interessam antes de tudo, mas as evoluções, as crises e as instabilidades. Já não queremos estudar apenas o que permanece, mas também o que se transforma (...), a gênese e as mutações das normas que interferem nos comportamentos sociais.

Mas como ter essa visão, percepção sensível dos processos e contra-processos que a toda hora se entrelaçam nesse mundo globalizado e os quais entram na nossa casa, na nossa vida, desviando-nos violentamente do nosso cotidiano, sem pedir licença?

Sabemos que a educação, no momento histórico que estamos inseridos, é uma das tarefas mais significativas para a sociedade e que não poderia ser diferente para a enfermagem, especialmente, quando as oportunidades de trabalho rentável (empregabilidade) decrescem e contingentes de trabalhadores humanos são substituídos pelo trabalho das máquinas. Nesse contexto é que aumentam os desafios da formação de profissionais competentes que estejam dispostos a aprender por toda a vida, solidários, conscientes das suas responsabilidades perante a sociedade e, sobretudo, no caso dos enfermeiros da UTIP, diante da equipe de enfermagem, das crianças e de seus familiares. Nesse sentido, importantes questionamentos são feitos por Assmann & Sung (2000, p. 14), quando perguntam:

que significa educar quando a educação já não pode nem reduzir-se à transmissão de saberes prontos, nem limitar-se à formação para funções pré-determinadas? Que características deve ter a educação quando, além de encaminhar as pessoas para um mundo de atividades em constantes

metamorfose, se exige dela que também não descuide os valores de uma sociedade participativa e solidária?

Talvez uma das respostas, se é que temos respostas a esse fenômeno, esteja na educação contemporânea, como sugere o Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, coordenado por Jacques Delors (MORIN, 2000), o qual recomenda que ela esteja alicerçada em quatro pilares, que são: aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer, ou seja, uma educação que integre a complexidade do viver. Nesses termos, os desafios são gigantescos.

2 SUPORTE TEÓRICO

Além de uma teoria que sirva de lastro para o estudo, é importante a revisão de literatura sobre aspectos que possam ajudar o esclarecimento ou o aprofundamento da temática. Com essa intenção, serviram-nos como suporte teórico os fundamentos teóricos e legais do cargo³ de chefe de unidades organizativas e do serviço de enfermagem oferecido numa Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, bem como um brevíssimo recorte histórico sobre teorias de liderança. Ainda, tecemos algumas considerações, com base nos autores, sobre aquelas que dão “morada” para os serviços, os chefes ou líderes, ou seja, as organizações ou instituições.

2.1 Complexidade nas organizações⁴

Pensar as organizações fora do contexto social e da época que se inserem é inadequado, ultrapassado, arcaico e essa prática não dá conta de atender o indivíduo, os grupos ou a sociedade. Nesse sentido, Freitas (2000, p. 7) diz que “o histórico e o social são intrinsecamente ligados”. E, para a autora, o termo que melhor define o momento, a atualidade, é “complexidade”, pois, segundo sua concepção,

(...) não podemos isolar as variáveis independentes das demais, ou seja, o cultural, o econômico, o social, o político, o religioso, o tecnológico estão

³ Para Vieira (1994, p. 82), cargo é conceituado como sendo “um conjunto de responsabilidades e deveres agrupados em funções, ocupando uma posição definida e identificada no organograma da empresa”, sendo a terminologia utilizada para indicar as responsabilidades a serem cumpridas e a autoridade a ser exercida pelo ocupante de um posto de trabalho dentro da estrutura de uma instituição.

⁴ Organização aqui é adotada no sentido de instituições, empresas, sejam elas de âmbito público ou privado, diverso, portanto, da noção de organização, que se refere ao paradigma da complexidade, indicada no marco conceitual.

tão imbricados que alterações em um deles podem significar mudanças simultâneas, e em cadeia, em todos os demais (...) e nós estamos dentro do próprio movimento, o que não nos permite um distanciamento (...) para uma compreensão mais abrangente (...) (p. 7).

Entendemos organização como definida por Fischer (1993, p. 89), que a entende como “um local onde diferentes agentes contribuem com seus recursos para a produção de objetos e serviços. É também o lugar que cada indivíduo explora, adapta e habita, a fim de realizar seus próprios objetivos”. E esses locais, as organizações, são complexas, ambíguas e paradoxais, sofrem influência e influenciam o meio externo, estando sua sobrevivência ligada diretamente à capacidade de apreender as mudanças sociais e a elas responder rapidamente. Nesse último aspecto, Freitas (2000, p. 9) nos diz que “as grandes empresas privadas são mais rápidas que as demais instituições”, elas lêem a realidade e dão respostas não só no nível operacional, mas também no simbólico.

O hospital, por ser uma organização, não está imune ao contexto das organizações em geral e, nesse sentido, Serva (1992) sugere que as ineficácias e ineficiências sejam tratadas à luz de um modelo auto-referencial e não de um modelo de tipo ideal. Refere, ainda, que diversas empresas públicas, como, por exemplo, os Hospitais Universitários, enfrentam ambigüidades com a convivência sempre conflitual entre a filosofia empresarial e a filosofia pública. Nessa linha de pensamento, o autor afirma

que (...) esses paradoxos são fontes de tensões quase que permanentes no cotidiano dessas organizações, determinando em grande parte suas ações, seu desenvolvimento ou seu desaparecimento. O recurso ao paradigma da complexidade poderia abrir novas frentes (...) pelo emprego de sua lógica paradoxal (...) (p. 32).

O autor prossegue sua dissertação, reiterando que as relações das organizações com o ambiente são permeadas por regularidades, constâncias, assim como por oscilações, áleas, desordens, ruídos e que o excesso de planejamento e controle engessa a organização, sendo indispensável uma dose de indeterminação para que o novo apareça.

O hospital é uma instituição complexa que atua no sistema de produção de serviços, oferecendo como produto principal uma abstração, um valor, que é a saúde, embora passe pelo tangível, pelo concreto, que são as atividades próprias do cuidado ou tratamento

terapêutico, como por exemplo, o ato cirúrgico, os curativos e a ventilação mecânica em crianças com insuficiência respiratória. Indo o usuário em busca desse bem intangível, nessa relação (instituição-usuário), a importância está na percepção do paciente (cliente) sobre o atendimento, serviço oferecido, sendo, este, sujeito do processo. Nesse contexto, Klement (2000, p. 20) pontua que

(...) sob uma perspectiva da complexidade, as empresas de produção de serviços são organizações predominantemente ativas, uma vez que auto-organizam-se e evoluem, principalmente, através das percepções dos funcionários e clientes e das interações que ocorrem entre eles durante a operacionalização.

2.2 O serviço de enfermagem na UTIP

Ao pensar no trabalho de enfermagem dentro da UTIP, a imagem que comumente perpassa a mente de qualquer um é um grupo⁵ de pessoas que geralmente estão desempenhando, discutindo, controlando, planejando e executando uma gama de atividades, tarefas, ações de enfermagem junto com uma parafernália de fios, equipamentos, aparelhos, sons diversos de bips, alarmes, ruídos, choros, risos, vozes, música, odores, objetos, luzes, papéis, numa mistura heterogênea de profissionais – formando o conjunto de trabalhadores da UTIP – que informam, solicitam informações, orientam, determinam, comunicam ações, procedimentos, constituindo um cenário caótico à vista de quem não o frequenta assiduamente; e, dependendo do momento, a estas atividades é acrescido o urgentíssimo ou o rapidíssimo, pois segundos ou um minuto representa grave risco para a manutenção da vida da criança. Sendo que, infelizmente, muitas vezes, o que é importante (traduz resultado positivo, produção) é manter somente a “vida biológica”, o coração da criança pulsando; tornando-se irrelevante se essa criança e sua família terão um viver com um mínimo de qualidade e dignidade. E a enfermagem, em situações como essas, diversas vezes, auxilia, apóia, regozija-se, pois importa que não “morreu no seu turno de trabalho”, ficando, assim, “livre” de apoiar e vivenciar o desespero, a dor e o sofrimento dos pais. Por que, quando nos deparamos com a morte, ela

⁵ Utilizamos grupo ou equipe de enfermagem indistintamente (como equivalentes).

nos reporta à consciência de que somos finitos e que nossos filhos também o são, mas queremos negar essa realidade.

Porém, o trabalho de enfermagem na UTIP não se traduz apenas por esses momentos ou atividades, ele é mais amplo e complexo e, para entendê-lo melhor, é preciso compreender os meandros do que seja serviço; assim, faremos uma aproximação com os serviços em geral.

2.2.1 Considerações sobre serviços em geral

Tradicionalmente, todas as atividades, produtivas ou não, formais ou informais, desempenhadas pela sociedade em geral, inserem-se dentro de três setores, quais sejam: da agricultura, da indústria ou de serviços, que Normann (1993) chama de economias, porque são atividades que contribuem com valor produtivo; e o autor faz a seguinte distinção entre elas:

- economia agrícola: envolve todas as atividades agrícolas e similares relacionadas com a produção básica de alimentos extraídos do solo;
- economia industrial: envolve atividades industriais relacionadas à transformação de matéria em produtos tangíveis;
- economia de serviços: o foco das atividades de serviços é sobre o uso e funcionamento de objetos que estão sujeitos às atividades, em vez das transformações físicas.

Para ele, a essência da economia de serviços é a combinação precisa do conjunto de atividades complexas entre diferentes subsistemas (unidades), dentro da organização prestadora de serviço.

Abaixo está posto um quadro comparativo entre as características das organizações de serviço e das organizações de manufatura ou produtos.

QUADRO 1 - Diferenças típicas entre empresas de manufatura e de serviços

Empresas de manufatura	Empresas de serviços
Geralmente o produto é concreto.	O serviço é intangível.
A posse é transferida quando uma compra é efetuada.	Geralmente a posse não é transferida.
O produto pode ser revendido.	O serviço não pode ser revendido.
O produto pode ser demonstrado.	Normalmente o serviço não pode ser demonstrado com eficácia (ele não existe antes da compra) ⁶ .
O produto pode ser estocado por vendedores e compradores.	O serviço não pode ser estocado.
O consumo depende da produção.	Produção e consumo geralmente coincidem.
Produção, venda e consumo são feitos em locais diferentes.	Produção, consumo e, freqüentemente, a venda são feitos no mesmo local.
O produto pode ser transportado.	O serviço não pode ser transportado (embora os “produtores” freqüentemente possam).
O vendedor fabrica.	O comprador/cliente participa diretamente da produção.
É possível contato indireto entre empresa e cliente.	Na maioria dos casos, o contato direto é necessário.
O produto pode ser exportado.	O serviço não pode ser exportado, mas o sistema de prestação de serviços pode.

Fonte: Normann (1993, p. 31).

Existem várias definições do que seja serviço. Relacionamos algumas, conforme o entendimento de alguns autores. Para Normann (1993), **serviço** é um processo social que consiste em ações e interações entre sujeitos. Gianesi & Corrêa (1996) entendem serviços como experiências que o cliente vivencia, diferindo dos produtos, pois estes podem ser adquiridos pelo cliente. Na concepção de Kotler & Armstrong (1998, p. 455), serviço é “um ato ou desempenho essencialmente intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na posse de nenhum bem; sua execução pode ou não estar ligada a um produto físico”. Ainda com base nesses autores, serviços são satisfações de necessidades⁷ e de desejos que são oferecidos à venda ou proporcionados em conexão com a venda de outras mercadorias.

⁶ Apesar de o autor afirmar que o serviço, em si, não existe realmente antes da compra, é inegável que há, previamente, a organização de toda a estrutura física, de material e equipamentos, de pessoal, de informação das empresas prestadoras de serviços, tanto nas públicas como nas privadas. E, em determinadas empresas, devido à imagem que as mesmas mantêm frente ao cliente, isso funciona como demonstração do serviço a ser prestado por elas, mesmo antes da sua execução.

⁷ Necessidades, aqui, é entendida como ausência de algo que o cliente tem desejo que seja satisfeito. Podem ser bio-psico-sociais, espirituais ou multidimensionais.

Para Slack et al. (1997, p. 146), serviço

(...) é qualquer coisa que possa ser oferecida aos consumidores para satisfazer suas necessidades e expectativas e todos serviços têm três aspectos: um conceito, que é o conjunto de benefícios esperado que o cliente está comprando; um pacote de serviços, que são os componentes que proporcionam os benefícios definidos no conceito; e o processo, que é como a parte da operação que produz o pacote de serviços componentes.

Então, eles são colocados à disposição do cliente para satisfazer suas necessidades, desejos, expectativas e vontades.

As características principais dos serviços, segundo Giansi & Corrêa (1996) são:

- Os serviços são intangíveis.

Isto é, oposto aos bens, portanto, devido a esta característica inerente aos serviços, eles não podem ser estocados, não podem ser facilmente demonstrados e, mesmo que sejam vendidos, não há posse do mesmo, não podem ser patenteados. Sobre essa característica, Schmenner (1999) diz que o valor dos serviços não reside nas coisas físicas associadas a eles (embora possam auxiliar e até fazer a diferença na qualidade dos mesmos), mas na natureza intangível do que está sendo fornecido, pois o que realmente as pessoas estão comprando envolve algo intangível.

- Necessidade da presença do cliente ou de um bem de sua propriedade no processo de produção do serviço.

Sem o cliente, ou um bem de sua posse, não há produção ou prestação de serviço, o que o torna, no dizer de Normann (1993, p. 32), “um participante da produção do serviço”; portanto, esse evento faz do cliente muito mais do que apenas um consumidor.

- A produção e o consumo de serviços, geralmente, são simultâneos.

Esta característica é especial, pois como os serviços não podem ser estocados, estão na dependência direta da demanda, a qual é flutuante, o que exige por parte da instituição grande necessidade de flexibilidade, colocando-a na dependência do ambiente externo. Em consequência desta característica, existe dificuldade para o controle de qualidade no processo de produção do serviço, sendo a avaliação possível após a prestação do mesmo,

posto que a qualidade “é criada durante o momento de contato entre o cliente e o servidor” (p. 34).

- Os serviços são altamente variáveis e a sua qualidade depende de quem os proporciona, quando, onde e como são efetivados, produzidos.

Ainda, às características supramencionadas, Schmenner (1999) acrescenta que os serviços têm entrada fácil no mercado porque, em geral, exigem pouco investimento de capital se comparado ao industrial, por exemplo. Entretanto, isso faz com que a competitividade no setor de serviços seja acirrada. Outra característica que esse autor destaca para o setor de serviços é a labilidade às influências externas, tais como: avanços tecnológicos, regulamentação governamental, aumento de preços, dentre outros aspectos.

Normann (1993, p. 32) nos alerta sobre as características dos serviços mencionadas, referindo que “essas verdades estão sendo desafiadas hoje e que novas tecnologias de comunicação e informação claramente aumentam as possibilidades de ‘estocar serviços’ e de tornar a interação pessoa a pessoa desnecessária na produção de serviço”.

Com relação à expressão “produção de serviços”, importante ressaltar que nos dias atuais, segundo Schmenner (1999), passou a denominar-se operação de serviços.

Às vezes, os serviços aproximam-se do setor de produtos, apesar de serem mantidos naquela categoria. Sobre esse aspecto, Schmenner (1999, p. 16) explicita que “a linha que separa manufatura de serviço tornou-se cada vez mais indistinta e só podemos esperar que se torne ainda mais incerta no futuro”. Portanto, dificilmente teremos produtos e serviços “puros”, como é demonstrado na Figura 1.

Conforme Gianesi & Corrêa (1996), há variedade de serviços, sendo necessário adotar uma classificação para os processos de serviço, que são:

- Serviços profissionais: são aqueles em que o cliente busca no fornecedor uma capacitação da qual não dispõe. Neste tipo de serviço, o processo de prestação de serviço dá ênfase às pessoas que detêm a capacitação que o cliente deseja, e os equipamentos são apenas meio. É um serviço personalizado ao cliente, com alto contato dos servidores com o mesmo. Os consultórios médicos, escritórios de advocacia e consultorias constituem exemplos desse processo de serviço.

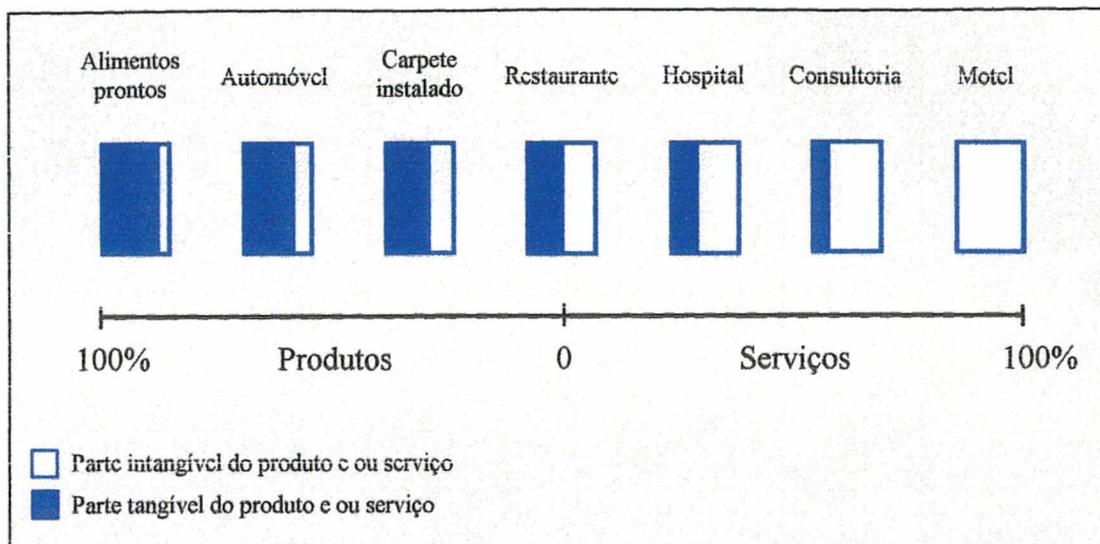


FIGURA 1 - Exemplo de produtos e serviços. Fonte: Adaptado de Sasser et al. (1978), apud Giansesi & Corrêa (1996).

- Loja de serviços: é um intermediário entre os serviços profissionais e os serviços de massa. Caracteriza-se pelo atendimento de um número maior de clientes que no primeiro caso. O valor do serviço é gerado tanto na linha de frente⁸ quanto na retaguarda⁹ (bastidores), a ênfase do serviço está no produto e no processo. São exemplos: os restaurantes, as agências de viagem, postos de gasolina, atendimento ao cliente em agências bancárias.
- Serviços de massa: este processo de serviço é pouco personalizado, atendendo a numerosos clientes. A ênfase do serviço é baseada predominantemente em equipamentos, com baixo grau de contato dos funcionários com o cliente e o serviço é centralizado no pessoal de retaguarda. Como exemplo, temos: os hipermercados, transporte coletivo, veículos de comunicação (Figura 2).

Já Schmenner (1999) propõe outra classificação para os processos de serviços, que é constituída por quatro modalidades de processos de operação de serviços, quais sejam: fábrica de serviços, sendo exemplo dessa modalidade os centros de lazer e recreação, hotelaria; serviços profissionais; lojas de serviços e serviços de massa.

⁸ Linha de frente (ou *front office*), conforme Giansesi & Corrêa (1996), é a parcela do sistema que mantém alto contato com o cliente, pode-se dizer de funcionários ou serviços de linha de frente.

⁹ Retaguarda (*back room*), para os autores citados, é a parcela do sistema que mantém baixo contato com o cliente, pode-se dizer de funcionários ou serviços de retaguarda.

Segundo Giansesi & Corrêa (1996), a classificação usada por eles derivou da análise das principais dimensões de um processo de serviço que afetam a forma de gestão da sua produção e que são as seguintes: a ênfase dada a pessoas ou a equipamentos no processo; o grau de contato com o cliente (alto, baixo ou intermediário); o grau de participação do cliente no processo; o grau de personalização do serviço; o grau de julgamento pessoal dos funcionários (para atender às necessidades do cliente); o grau de tangibilidade dos serviços. Os autores chamam a atenção que os processos de serviços não são estanques, podendo transitar dentro desse contínuo e que tal classificação não é universalmente aceita pelos estudiosos do assunto, a exemplo de Schmenner (1999).

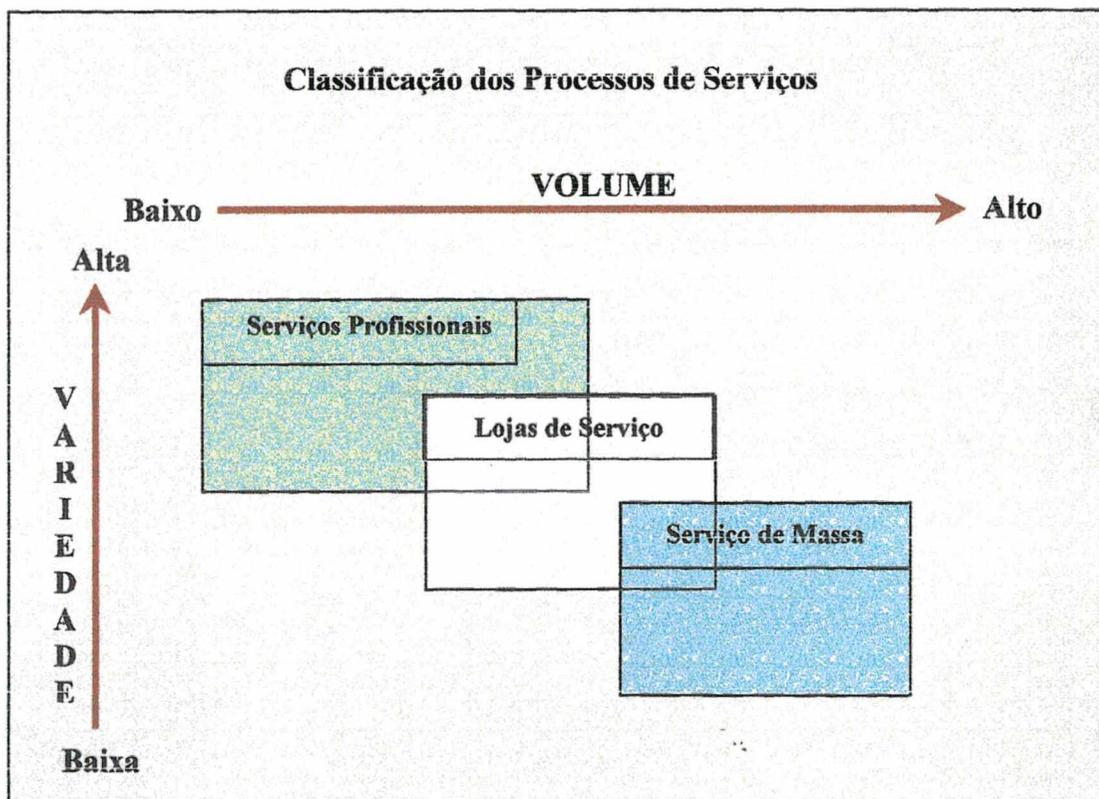


FIGURA 2 – Classificação dos processos de serviços. Fonte: Adaptado de Giansesi & Corrêa (1996).

Sobre esse aspecto, pode-se dizer que nos serviços de saúde, tanto em nível de saúde pública quanto hospitalar, existe alto contato dos servidores (ou funcionários) com o paciente (cliente), sendo que o grau de participação deste último no processo dos serviços de saúde é estreito porque sem a presença do paciente não ocorre produção, prestação e consumo dos serviços, especialmente dos serviços de UTIP. Exige elevado nível de personalização do serviço e também é alto o grau de decisão do pessoal da linha de frente nesses serviços, pois, precisam resolver as situações que se depararam junto do paciente, o que torna complexa a coordenação ou chefia dos processos de serviços, nessa área.

Toda a empresa prestadora de serviços tem compromisso com seus clientes externos e seus clientes internos (os funcionários ou servidores e os serviços internos das organizações ou instituições, como serviços de manutenção, nutrição, departamentos...), pois tanto um quanto outro são a coluna vertebral da empresa, esta não sobrevive sem eles. Em relação aos serviços internos, Giansesi & Corrêa (1996, p. 27) pontuam que “todos os serviços internos têm algum impacto na capacidade da empresa de oferecer produtos e serviços de qualidade ao mercado”. Os autores ressaltam que os funcionários dos subsistemas necessitam ter presente que o objetivo do serviço ao qual estão ligados é atender ao cliente final, o que pode ser conseguido pelo conhecimento da “missão” de cada subsistema bem como da organização. É de vital relevância a administração superior da organização não ser míope em relação às necessidades dos serviços internos, uma vez que, se estes forem ineficientes ou ineficazes, não contribuem para o alcance dos objetivos da organização e ainda colocam em risco a imagem da mesma.

No âmbito do hospital público, com algumas exceções, parece não haver esse entendimento por parte dos subsistemas de retaguarda ou de apoio, distanciando-se da missão do respectivo serviço e da organização, perdendo de vista as necessidades do cliente final (paciente) e dos serviços fins (ou de linha de frente). Isso se torna compreensível se tiver a clareza que a demanda pelos serviços de saúde se dá de forma espontânea, não sendo necessário as instituições de saúde investirem em marketing; especialmente as públicas que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, frequentemente o trabalho de enfermagem é dificultado, prejudicado e até impedido de ser realizado por fatores externos a sua dinâmica e ou organização de serviço (interno), tendo como causas falta de recursos materiais variados –

a gama é imensa, muitas vezes impensada, de mediações até falta d'água – recursos humanos, recursos de área física, recursos de informação e comunicação entre outros. A UTIP não fica incólume a esses problemas.

Em relação ao outro cliente interno da organização, o servidor ou funcionário, Normann (1993, p. 82) assinala que as

(...) pessoas de diferentes posições sociais, em diferentes estágios de vida e com estilos de vida diferentes têm necessidades, motivações e ambições diferentes e [que] mobilizarão suas energias para a empresa somente se as tarefas e atividades exigidas (...) adaptarem-se as suas necessidades como indivíduos

e que, portanto, as instituições prestadoras de serviços devem preocupar-se com o desenvolvimento e as necessidades pessoais de seus funcionários.

Gianesi & Corrêa (1996) dizem que não é raro encontrar pessoal de linha de frente sem acompanhamento, orientação, treinamento, reconhecimento da gerência, mal remunerados; e, no entanto, eles mantêm alto contato com os clientes, podendo causar impacto positivo ou negativo sobre como os mesmos percebem o processo de prestação do serviço pela organização. Os autores classificam isso como paradoxo e visão míope da alta administração (aqui, alta administração equivale à administração superior ou às instâncias hierárquicas superiores das organizações públicas ou privadas) empresarial ou institucional.

No contexto do hospital e da UTIP, em relação à força de trabalho, as coisas se processam de forma que se equivalem ao pontuado pelos autores supramencionados, pois o grupo de enfermagem que está na linha de frente junto dos pacientes, familiares, prestando cuidados, são mal remunerados, a carga horária é excessiva, o trabalho é estafante física e mentalmente, dentre outros vários problemas. No entanto, quando ingressaram na organização, chegaram confiantes, cheios de sonhos e idealizações, mas com o passar do tempo, a realidade que se apresenta é outra: colegas criam problemas, chefias inacessíveis e pouco apoiadoras, e, ainda, deparam-se com normas restritivas que cerceiam a criatividade, formando um conjunto de elementos que arrefecem o entusiasmo inicial (ERDMANN, 1995) do trabalhador, colocando em risco a qualidade do trabalho de enfermagem que é prestado e a imagem da unidade (UTIP) e da instituição como um todo.

2.2.2 O trabalho na UTIP propriamente dito

O setor de saúde é parte do setor de serviços, agregando suas características ao mesmo tempo em que possui características específicas, ou seja, esse setor presta serviços às pessoas nos momentos marcantes e ou extremos de suas vidas, como, por exemplo, nas situações de nascimento, enfermidades, dor e morte, o que faz com que seja um setor de serviços distinto dos demais.

O trabalho na UTIP é um trabalho essencial para a vida da criança quando em situação de alto risco de vida. É intangível, e se completa na hora da sua realização, isto é, no momento em que há o encontro dos vários profissionais da saúde com a criança e os seus familiares, constituindo-se no que os estudiosos da administração, como Normann (1993), Schmenner (1999), entre outros, denominam de a “hora da verdade” ou “encontro de serviço”. É no instante de interação entre os serviços prestados pelos profissionais da UTIP e o cliente que as experiências vivenciadas pelos mesmos influenciam na percepção da prestação dos serviços como sendo positivas (de boa qualidade) ou negativas (sem qualidade). Na verdade, é nesse instante que acontece a avaliação do serviço prestado por parte do paciente e dos seus familiares.

No entanto, em virtude do alto grau de contato com o paciente, os serviços oferecidos nesse subsistema possuem outras características, diversas do setor de serviços em geral, tais como: vínculos afetivos e ou conflitos, normalmente, afloram entre os prestadores de serviços (trabalhadores da saúde) pela convivência e o compartilhamento de sentimentos, emoções diante de eventos dolorosos, extremados e inesperados vivenciados por eles. Isso porque se defrontam com pessoas (crianças) fragilizadas física e psicologicamente pelos agravos de saúde que estão sofrendo, bem como com familiares angustiados e desgastados. Também pode nascer relações afetivas integrando as conflitivas entre as crianças e os trabalhadores da saúde ou com seus familiares durante a prestação de serviços propriamente dita, e que na enfermagem chamamos de assistência ou cuidado de enfermagem.

Trazendo as características dos serviços em geral, adaptadas de Giansesi & Corrêa, para o serviço prestado na UTIP, podemos efetuar a seguinte configuração, como forma de caracterizá-lo, sendo que a produção do serviço de enfermagem sempre se dará e dependerá do contato direto de pessoa com pessoa (criança e família).

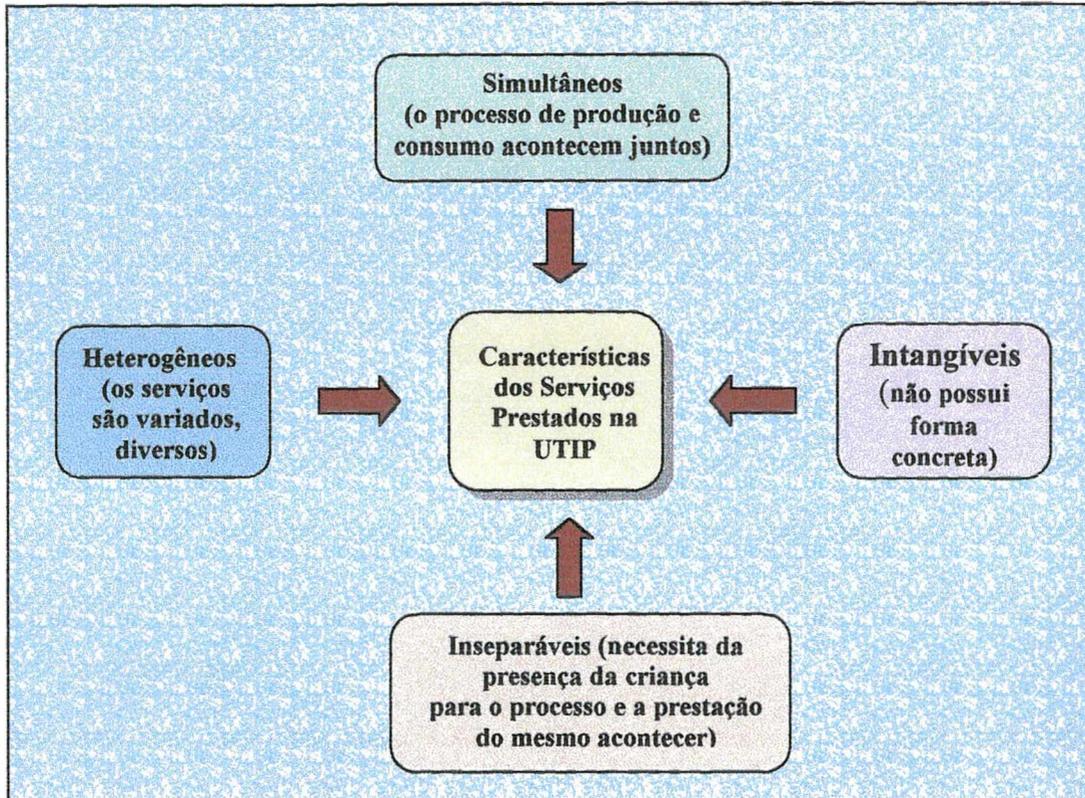


FIGURA 3 – Características dos serviços prestados na UTIP.

O trabalho na UTIP é diário e ininterrupto, coletivo, realizado por médicos, pelo grupo de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, os quais estão na linha de frente; porém, a fim de ter bom êxito, necessita de outro grande grupo de trabalhadores inseridos nas atividades de apoio (retaguarda), como cozinheiros, seguranças, secretários, trabalhadores de escritório...

A prestação do serviço, em nosso meio, conhecido como assistência de enfermagem, se traduz de diversas formas, como: ações de cuidado, conforto, higiene, aplicação de medicações, punções de acessos venosos, curativos, aspirações, orientações

diversas, ações preventivas, curativas, recuperação, educativas, sociais, espirituais entre outras.

O trabalho de enfermagem, na UTIP, tem sido desenvolvido em duas áreas principais que são: a assistência direta à criança e família, que envolve cuidados e procedimentos, e a administração da assistência de enfermagem, que engloba o ambiente e a organização do trabalho.

Na UTIP, o trabalho de enfermagem é realizado por uma equipe formada por enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Ao enfermeiro cabe as atividades privativas dele, o gerenciamento da assistência de enfermagem, além dos cuidados diretos. A assistência de enfermagem é organizada para que os cuidados sejam prestados de forma integral à criança (cuidados integrais). Em momentos de desordens, como nas paradas cardíaco-respiratórias, o grupo desempenha as ações que forem necessárias independente de funções¹⁰ ou cargos; porém, na organização do trabalho diário, há separação entre a concepção e execução do mesmo, o que corresponde, no dizer de Pires (1999, p. 40), “à divisão parcelar do trabalho (...) utilizada na produção material, e já verificada na época da organização profissional da enfermagem (...)”. Contudo, a assistência de enfermagem, nessa unidade organizativa, nem sempre é essencialmente tecnocientífica; em diversos momentos e situações, é permeada pela subjetividade, valorização do único, do particular, do específico, da visão de mundo, do senso comum, formando um meio rico, como assinala Erdmann (1995). Esse caldo social é efervescente, dinâmico, pró-ativo, conflitual, prazeroso, desafiante, constituindo o cenário onde acontecem muitas lutas, com derrotas e vitórias alternando-se em favor da vida infantil.

2.3 Breves considerações sobre chefe, chefia e liderança

No dicionário Novo Aurélio, a palavra chefe é descrita como derivada do francês “chef” e significa “o principal entre os outros”, aquele que exerce autoridade, que dirige,

¹⁰ Para Vieira (1994, p. 84), função é conceituada com “um conjunto de ações ou tarefas de natureza e níveis diferentes, executadas sistematicamente por uma ou mais pessoas qualificadas ou com formação específica para tal”. O autor explica que a função está diretamente ligada à natureza do trabalho e ao processo de trabalho exigido para a produção de um bem ou de um serviço.

comanda, governa. Chefia é a função exercida pelo chefe e chefiar é o ato de exercer a chefia (Ferreira, 1999). Para a mesma fonte, líder é um substantivo masculino derivado do inglês “leader” e sua definição se equivale à de chefe. Penteado (1986, p. 1) refere que no dicionário Webster líder é a “pessoa que vai à frente para guiar ou mostrar o caminho, ou que precede ou dirige qualquer ação, opinião, movimento” portanto, liderar é o ato de exercer liderança e esta última é a função do líder. Porém, chefia, liderança, não se resumem a essa definição aparentemente simples, estão implícitas outras nuances extremamente complexas, afirma o autor, como o aspecto da proeminência, destaque, evidência do líder. O líder aparece no grupo. Outro fator é a influência. O líder, chefe influencia o grupo. A partir daí, forma-se um construto complexo, no dizer de Penteado (1986, p. 2), partindo para a circularidade do mesmo, pois “liderança é uma forma de dominação. Dominação significa exercício do poder. Poder prende-se à autoridade, autoridade significa domínio. Domínio quer dizer influência”. Desse emaranho de interconexões, um conceito leva a outro, havendo dificuldade de conceituar liderança, chefia.

O autor faz a seguinte conjectura sobre esse aspecto: “talvez uma das dificuldades de sua conceituação correta esteja no fato de ser a liderança um fenômeno social, alguma coisa que acontece nos grupos, não apenas de seres humanos, mas inclusive, nos agrupamentos animais” (p. 3). No entanto, existem numerosas definições. Para exemplificar, o autor referenciado elencou cinco definições e Bergamini (1994) outras sete, todas de autores diferentes. Penteado (1986, p. 4) define liderança como “a função do líder que a exerce no e sobre um grupo, em determinada situação”.

Nas publicações mais recentes e especializadas permanece a controvérsia entre os estudiosos sobre o que seja líder, liderança, chefe, chefia, administrador, diretor, dirigente, gerente, gerenciamento e congêneres. Assim, buscamos em autores da área da administração em geral e da administração em enfermagem (as publicações são restritas) elucidação para a questão. Algumas definições são postas a seguir.

Drucker (1996, p. 12) diz que “a única definição de líder é alguém que possui seguidores. Algumas pessoas são pensadoras, outras, profetas. Os dois papéis são importantes e muito necessários. Mas, sem seguidores, não podem existir líderes”. Na concepção do autor, há diferenciação do que seja líder e gerente, o que também é seguido

por Wolf (s.d.), *apud* Jebaili (1997, p. 7), quando faz a seguinte afirmativa: “(...) gerenciamento é ciência e gerenciar consiste em planejar, organizar, dirigir e controlar. Já liderança é arte e liderar requer cinco atributos como automaestria, descobrir as áreas de excelência do seu pessoal, visão, influência e persuasão e dar autonomia”.

Já para Fandiño (1997, p. 15), liderar “é reconhecer valores humanos, sinergizar talentos e vigor da força de trabalho e buscar os meios para demonstrar aos seus liderados que quaisquer inovações são para a melhoria não só de todo o sistema, mas também dos indivíduos”; e continua, dizendo que é necessário ouvir as sugestões do seu pessoal a fim de que cada um dê o melhor de si em benefício do grupo e da organização. Esse aspecto é reiterado por Bittencourt (1997, p. 10), que assevera: “líderes precisam de suas equipes como precisam de oxigênio. Devem regá-las com o líquido da informação, adubá-las com o fermento da eficácia” e incita os líderes a perceberem o sentido das mensagens que emitem e das mensagens que recebem, pois eles estão sendo colocados à prova a todo instante, na atualidade velozmente mutante que a curtos intervalos de tempo toma novas formas.

Para autores como Marquis & Huston (1999), existem distinções substanciais entre os gerentes (chefes) e os líderes, o que pode ser verificado no Quadro 2, elaborado pelas autoras.

Observa-se nesse quadro que o cargo de chefe ou gerente está presente no organograma das organizações. No caso dos enfermeiros, além do organograma, eles têm esse cargo garantido pela Lei do Exercício Profissional (LEP) de número 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, determina a quem compete o exercício da profissão, especificando quais as atividades privativas do enfermeiro. São elas: direção do órgão de enfermagem, integrante básica da instituição de saúde pública e privada, a chefia de serviço ou de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas nas instituições prestadoras de serviços de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; (...), cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos e capacidade para tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

QUADRO 2 - Diferenças entre gerentes e líderes.

Gerentes	Líderes
<ul style="list-style-type: none"> • Têm uma posição determinada na organização formal. • Têm uma fonte legítima de poder formal. • Espera-se deles que executem funções, tarefas e responsabilidades específicas. • Dão ênfase ao controle, à tomada de decisões, à análise e aos resultados. • Manipulam os indivíduos, o ambiente, o dinheiro, o tempo e outros recursos para atingir objetivos organizacionais. • Têm maior responsabilidade formal em relação à racionalidade e ao controle que os líderes. • Dirigem subordinados que tanto podem ser bem colaborativos como pouco cooperativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente, não têm autoridade formal, mas obtêm poder por intermédio de outros meios, como a influência, por exemplo. • Têm maior variedade de funções que os gerentes. • Frequentemente, não fazem parte da organização formal. • Concentram-se nos processos grupais, na coleta de informações, no <i>feedback</i> na delegação de poderes. • Dão ênfase às relações interpessoais. • Dirigem seguidores dispostos a colaborar. • Têm objetivos que podem ou não refletir aqueles da organização.

Fonte: Marquis & Huston (1999, p. 28).

Porém, o fato de ter o cargo de gerente ou chefe amparado pela LEP e pelo organograma da instituição não faz do enfermeiro um líder, o que pode ser constatado nas palavras de Holloman (1986), apud Marquis & Huston (1999, p. 28), quando sustentam que “é um equívoco referir-se a um diretor de uma escola de enfermagem, um supervisor de enfermagem ou um enfermeiro-chefe como líderes. Esses indivíduos estão em posição de administração e não em uma posição de liderança” e prosseguem pontuando que um “título, tão-somente, não faz de alguém um líder. Apenas o comportamento da pessoa determina se ele ocupa uma posição de liderança” (op. cit.).

Nessa perspectiva, Marquis & Huston (1999, p. 29) dizem que “historicamente, nos serviços de saúde, fortes qualidades administrativas sempre foram mais valorizadas que fortes qualidades de liderança”. E na ótica das autoras, a liderança na enfermagem está subvalorizada, sendo necessário que as academias coloquem-na em evidência, tornando-se urgente num mundo em constantes transformações. Então, aceitando-se o entendimento dos autores sobre líderes de enfermagem e agregando o pensamento de Kotter (1997, p. 10-11) quando assegura que a “(...) organização do tipo burocrático praticamente não possui líder, tem toneladas de níveis hierárquicos, regras, procedimentos e controles e [que] será

muito difícil nessas circunstâncias, desenvolver qualquer potencial de liderança existente nas pessoas”, talvez possamos compreender a carência de líderes de expressão no cenário da enfermagem.

Diante do exposto aqui referente a líder, a chefe e outros, entendemos que na atualidade, que a toda hora toma novas nuances, poderia ser interessante que o chefe da UTIP conseguisse ser “**chefe-líder**”, ou seja, a pessoa que ajuda a manter a organização ou serviço existente com um bom desempenho e funcionamento, administrando-os efetivamente, a fim de garantir condições concretas para quem participa do cuidado (seja os trabalhadores, os pacientes ou familiares). Mas é criativo, visionário, arrojado, lidera junto com as pessoas do seu grupo e não sobre elas ou para elas, reconhecendo o valor que possuem e a necessidade de crescimento individual das mesmas, integrando as funções administrativas e de liderança, sem excluir uma ou outra.

De agora em diante, quando nos referimos a chefe ou a líder será com essa conotação.

2.3.1 Evolução histórica de algumas teorias da liderança

Assim como os fatores social, econômico e político influenciaram, em diferentes momentos históricos, o pensamento administrativo nesses mais de cem últimos anos, fazendo com que tais pensamentos versassem ora sobre tarefas, pessoas, estrutura das organizações e ora momentos sobre o ambiente, o mesmo ocorreu com as teorias da liderança e muitas delas evoluíram conjuntamente com as teorias administrativas. A fim de entendermos as exigências feitas aos gerentes, líderes, chefes ao longo dos tempos, veremos algumas teorias, resumidamente.

2.3.1.1 A teoria do grande homem ou das características ou dos traços

Essa teoria vigorou até meados da década de 1940. É oriunda do pensamento aristotélico, que acreditava que uns homens nasceram para liderar, enquanto outros nasceram para ser liderados. Estava baseada na crença de que algumas pessoas possuem

características ou traços de personalidade que as fazem melhores líderes que outras. Os traços desses líderes seriam inatos, por isso os pesquisadores estudaram a vida de homens proeminentes na história (MARQUIS; HUSTON, 1999). A religião reforçou o líder natural por meio dos postulados do Direito Divino (PENTEADO, 1986), ou seja, o poder (liderança) é hereditário e somente os reis podiam distribuir parcelas do poder entre os sacerdotes, nobres e outros escolhidos.

2.3.1.2 Teorias do comportamento (dos estilos)

As teorias dos estilos enfocam seus estudos no comportamento do líder em relação aos seus liderados e iniciaram na era das relações humanas com a pesquisa de Lewin, Lippitt & White (1939), apud Kurcgant (1991), que identificaram os estilos comuns de liderança: autocrática, democrática, liberal (*laissez-faire*), aplicando-as comparativamente a três grupos de meninos voluntários que trabalhavam com pintura e artesanato. A cada seis semanas era mudado o estilo de líder de cada grupo. Os pesquisadores constataram que com líder autocrático a produtividade foi alta, porém acompanhada de muita tensão, agressividade, frustração; com o estilo democrático, a produtividade foi menor, com boa qualidade e o grupo desenvolveu amizade, integração grupal; quando defrontados com líder liberal, a produtividade foi alta, com baixa qualidade e o individualismo prosperou. As características dos estilos são as que seguem:

- liderança autocrática: todo procedimento é determinado pelo líder, com interesse centrado na tarefa; as pessoas são dirigidas com comandos, a comunicação é de cima para baixo, a crítica é pessoal;
- liderança democrática: as decisões são tomadas após discussões grupais, as críticas são impessoais, há compartilhamento das responsabilidades, o interesse é centrado nas relações humanas;
- liderança liberal: decisões individuais, o líder não interfere, só participa quando solicitado, o grupo faz o que deseja, não existe crítica, a ênfase é no grupo (MARQUIS; HUSTON, 1999; KURCGANT, 1991).

2.3.1.3 Teoria situacional ou contingencial

Os primórdios dessa teoria nascem com Follet, entre 1896 e 1933, porém era tão adiante do seu tempo que só nos anos de 1970 teve reconhecimento (MARQUIS; HUSTON, 1999). Stogdill é um dos nomes mais expressivos dessa corrente, segundo Penteado (1986, p. 9); ele dizia que “as qualidades, habilidades e características exigidas de um líder são largamente determinadas pela situação em que ele deve agir como líder”. Nesta concepção, o líder é produto das condições de sua vida e da época em que viveu, mais do que da sua vontade. A teoria situacional envolve quatro elementos: a) a estrutura das relações interpessoais do grupo; b) as características do grupo; c) as características do meio em que o grupo vive e de onde seus membros saem; d) as condições físicas e a tarefa com as quais o grupo se confronta. São esses os elementos determinantes da situação que explicam as modificações da liderança. Para um determinado momento, um estilo de líder é o ideal; noutro contexto, torna-se inexpressivo, pois suas características não condizem com o momento exigido (PENTEADO, 1986).

Dentro da teoria contingencial ou situacional, na década de 1970, vários estudos foram feitos com o propósito de elucidar um perfil universal de liderança, sem contudo conseguirem avanços significativos do que já era conhecido, surgindo diversos modelos de liderança, entre eles:

a) Modelo contingencial de liderança

Modelo criado por Fred Fiedler, propõe três variáveis básicas para determinar situações favoráveis ou desfavoráveis ao líder:

- suas relações pessoais com os membros do grupo, as quais revelam o grau de confiança que este tem no líder;
- o grau de estrutura da tarefa que deve ser executada pelo grupo, se é rotineira ou indefinida;
- o poder e a autoridade do líder em vista de sua posição, com base na hierarquia administrativa e no apoio recebido por ele de seus superiores. Isso contribui para

a ocorrência de atitudes de liderança das contingências situacionais (HERSEY; BLANCHARD, 1976).

b) Modelo da grade gerencial

Idealizado por Blake e Mouton, enfoca o exercício da liderança sob dois aspectos: o líder tem o enfoque centrado na produção, ou seja, visa o desempenho produtivo do grupo; ou o líder tem o enfoque centrado nas pessoas (grupo). A grade gerencial é pontuada por dois eixos, um horizontal, outro vertical, com uma variação numérica que vai de zero a nove, sendo que no eixo horizontal está o quesito interesse por produção e no eixo vertical o quesito interesse por pessoas. Conforme a pontuação são definidos cinco estilos de liderança, que são: *country club*: dá atenção às necessidades das pessoas; tarefa: centra-se na eficiência das operações; meio-termo: considera o equilíbrio entre a tarefa e o interesse por pessoas; equipe: valoriza a dedicação das pessoas por meio de relações de interdependência, confiança e respeito para o alcance de objetivos; exaurido: prevê o menor esforço na realização da tarefa (KURCGANT, 1991).

c) Modelo tridimensional da eficácia do líder

Reddin adicionou a dimensão de eficiência às dimensões de tarefa e interesse pelas relações, criando a teoria de estilo gerencial 3-D. Mais tarde, Hersey & Blanchard acrescentaram a ela a eficácia, criando o modelo tridimensional da eficácia do líder. A eficácia e ineficácia do estilo de liderança dependem da situação em que o líder atua. A interação do estilo com o ambiente é que produz o grau de eficácia ou ineficácia, sendo o ambiente um fator decisivo na concepção dos autores (KURCGANT, 1991).

Penteado (1986, p. 10) resume brilhantemente o problema sobre teorias de liderança, dizendo:

(...) qualquer teoria que se fizer sobre liderança não pode deixar de considerar três aspectos: o líder e seus atributos psicológicos; os liderados

com seus problemas, atitudes e necessidades; a situação que determina o ambiente, onde o líder e seus subordinados atuam. Restringir o significado da liderança apenas a um desses aspectos seria simplificar um fenômeno complexo.

A quantidade de teorias de liderança contemporânea é crescente, a exemplo das teorias administrativas e mesmo das teorias de enfermagem. Conhecê-las a todas se constitui numa tarefa extremamente difícil, para não dizer impossível. Importante é não perdemos o rumo da história e termos a consciência de que as habilidades e competências necessárias para ser um chefe ou líder são dinâmicas e mudam constantemente em resposta às transformações sociais, tendo lucidez para discernir o essencial, o significativo dos “modismos”.

3 O MARCO CONCEITUAL

Fomos buscar respaldo para esse estudo em alguns elementos que compõem o paradigma da complexidade; e num dos estudiosos da complexidade, mais precisamente em Edgar Morin. Na visão de Morin (2000, p. 29), uma teoria que dá embasamento para um trabalho tem a função de “ajudar e orientar estratégias cognitivas que são dirigidas por sujeitos humanos”. Sobre teorias, o autor se expressa desta forma: “necessitamos civilizar nossas teorias, ou seja, desenvolver nova geração de teorias abertas, racionais, críticas, reflexivas, autocríticas, aptas a se auto-reformar” (p. 32). Entendemos que esse referencial teórico possui os atributos mencionados acima e é pertinente para o momento; então, optamos por ele.

O conjunto de pesquisadores envolvidos no estudo do paradigma da complexidade ou ciências da complexidade é formado por muitos componentes, porém, devido às nossas limitações pessoais, serviram de referência poucos autores, tais como: Morin (1982), Serva (1992), Erdmann (1996), e Schramm (1996), entre outros.

3.1 Considerações sobre o paradigma da complexidade

3.1.1 Breve histórico do paradigma da complexidade

As raízes do paradigma da complexidade estão nos Estados Unidos, segundo Serva (1992), com os estudos de Heinz von Foerster, em 1956, junto com Ross Ashby, Warren McCulloch, Maturana, entre outros, os quais aprofundaram temas como causalidade circular, auto-referência e papel organizador do acaso, mesclando conhecimentos da biologia e da cibernética.

Entre 1960 e 1962, foram realizados simpósios sobre sistemas auto-organizadores, nos EUA, com a participação de S. Cameron, M. Yovits, H. Zopf e outros. Forester, reconhecido como fundador do tema, publica: “Sistemas auto-organizadores e seus ambientes” (tradução nossa).

Em 1970, o paradigma ganha maior impulso com a publicação do livro “O acaso e a necessidade”, de Jaques Monod, que cinco anos antes havia ganhado o Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina junto com André Lwoff e François Jacob, por seus estudos na reprodução das células numa cibernética microscópica e o papel do acaso como ponto de partida para uma nova teoria da evolução das espécies (SERVA, 1992).

No ano de 1972, em Paris, Henri Atlan publica a obra “A organização biológica e a teoria da informação” (tradução nossa), formulando a complexidade a partir do ruído, visto o processo auto-organizador criar o radicalmente novo, ampliando a capacidade do sistema de interagir com os eventos aleatórios que o perturbam, assimilando-os e modificando sua estrutura (SERVA, 1992).

Em 1977, Ilya Prigogine ganha o Prêmio Nobel de Química, pela teoria das estruturas dissipativas¹¹ e ordem por flutuação¹², marcando uma nova visão de ordem na natureza, na procura da compreensão do complexo.

Ainda, no mesmo ano, Edgar Morin publica o livro intitulado “Método I. A natureza da natureza”, discorrendo sobre a ordem, a desordem e a organização, e da complexidade da natureza, à natureza da complexidade (ERDMANN, 1996), o qual foi influenciado por Henri Atlan. Em anos subsequentes, faz outras publicações denominadas: O método II. A vida da vida (1982); O método III. O conhecimento do conhecimento (1986); O método IV. As idéias (1991), todas pontuando sobre o tema.

Na década de 1980, mais precisamente em 1981, foi realizado um colóquio na França, em Cerisy, sobre auto-organização, reunindo mais de cem estudiosos de disciplinas

¹¹ Conforme Boff (1999, p. 194), as estruturas dissipativas “são mecanismos presentes nos processos de auto-organização dos seres vivos, mediante os quais se dissipa a tendência natural para a desordem (entropia) e se mantém a organização deles no decorrer do tempo, graças ao fluxo de energia e de informação que os atravessa”.

¹² Para o mesmo autor, flutuação é “oscilação que ocorre em determinada ordem, dada a natureza de seu equilíbrio, que é sempre frágil e sempre por refazer ou criar; os sistemas vivos e sociais se encontram sempre em flutuação” (p. 195).

distintas, sendo o tema gerador das primeiras pesquisas da complexidade no campo da cibernética (SERVA, 1992).

Em 1983, em Lisboa, reúnem-se Edgar Morin e mais sete professores universitários portugueses de áreas diversas, para debaterem o tema: o problema epistemológico da complexidade. O pensamento crítico deste pensador evoluiu de interações não-lineares, lançando uma riqueza de idéias organizadas sobre a natureza, a vida, o conhecimento, a ciência com consciência e outros (ERDMANN, 1996). Essas são uma tentativa de concretizar a transdisciplinaridade científica e filosófica, interagindo com a fenomenologia, dialética e teoria dos sistemas, junto com os demais autores, na busca de dar forma às aspirações de autonomia dos indivíduos frente à padronização excessiva imposta pela sociedade (SERVA, 1992).

No campo da saúde, o “sentimento” da complexidade, talvez mais do que o seu conceito, conforme Schramm (1996), não é novo. Na década de 1960, a percepção da complexidade começa a incorporar-se como enfoque social, coletivo ou público, à medida que os olhares da antropologia e da sociologia são lançados sobre essa área, na América Latina.

No decênio de 1970, na Conferência de Cuenca, em 1972, tenta-se romper o enfoque positivista nas ciências sociais e na história natural das doenças, criando condições ao enfoque interdisciplinar da saúde, sendo este “um primeiro passo para um olhar complexo, ainda que insuficiente, na medida que parece obliterar a dimensão bioecológica do processo saúde-doença, subsumindo-a à dimensão sociocultural” (op. cit, p. 224).

A partir de 1980, é dado um passo significativo rumo à complexidade com as abordagens sistêmicas adotadas pela Organização Pan-americana de Saúde em 1992, tentando integrar o biológico e o sociocultural, inclusive a dimensão tecnocientífica para o bem-estar das populações e indivíduos (SCHRAMM, 1996). Seguindo a mesma linha de pensamento, o autor refere que

(...) na medida em que o campo da saúde se complexifica, revelam-se necessários dois tipos de operações coordenadas, que são: a) a aquisição de uma ‘competência epistêmica’ em situação de incerteza e obsolescência acelerada dos meios tecnocientíficos; b) a aquisição de uma ‘competência evolutiva’ em situação de responsabilidade permanente e crescente para com os delicados processos da vida (p. 224).

3.1.2 Alguns conceitos do paradigma da complexidade

Para Morin (1982), só através da lente da complexidade podemos tentar compreender o mundo, pois este está em constante evolução, regressão, revolução, crise, tudo ao mesmo tempo, o que é impossível fazer por meio do paradigma da simplificação¹³.

Selecionamos alguns conceitos-chaves que julgamos pertinentes para o estudo, discorrendo brevemente sobre eles, uma vez que a quantidade de conceitos relacionados ao paradigma é grande. Optamos pelos a seguir relacionados.

Ordem: existe na idéia de ordem, conforme Morin (1982, p. 154), “as idéias de estabilidade, de constância, de regularidade, de repetição, (...) de estrutura”, ou seja, a ordem é produzida pelas leis, probabilidades (ERDMANN, 1996), determinações, e ordem nos incita a pensar em organização.

Desordem: no entendimento de Morin (1982, p. 155), desordem “são as agitações, dispersões, colisões, (...) as irregularidades, instabilidades; são os desvios que aparecem num processo, que perturbam e o transformam; são as desorganizações; são as desintegrações, os erros ou ruídos”, as incertezas e os imprevistos. Desordem também lembra organização.

Referindo-se à instabilidade mundial geradora de incertezas, Morin (2001) disse textualmente: “muitos momentos de gênese começam com a destruição; é, pois, esse, um processo ambivalente” (informação oral).

Organização: Erdmann (1996, p. 29) define organização como:

(...) relacionada à idéia de sistema e de ordem, pode ser produtora de um sistema ou de uma unidade complexa, pois se afirma como disposição relacional que liga, transforma, mantém ou produz componentes, indivíduos ou acontecimentos. Ela pode garantir solidariedade e solidez relativa às ligações, criando possibilidades de duração ao sistema em face das perturbações aleatórias. Assim, inter-relação, organização e sistema são concebidos numa reciprocidade circular. Enquanto disposição relacional, a organização remete ao plano dinâmico da interação, não

¹³ Para Morin (1982, p. 252), paradigma de simplificação “é o conjunto dos princípios de integridade próprios da cientificidade clássica, e que, ligados uns aos outros, produzem uma concepção simplificadora do universo físico, biológico, antropológico”.

podendo ser reduzida à ordem, embora comporte e produza ordem (p. 29).

Morin (1982, p. 158-9) sugere a impossibilidade de conceber esses conceitos em separado, pois para ele “(...) precisamos associar o nosso universo a partir de uma dialógica entre termos, cada um deles chamando o outro, cada um precisando do outro para se constituir, cada um inseparável do outro, cada um complementar do outro, sendo antagonista com o outro”, a que denominou de “tetragrama”, para representar o entrelaçamento deles, e que estão explicitados na figura a seguir.

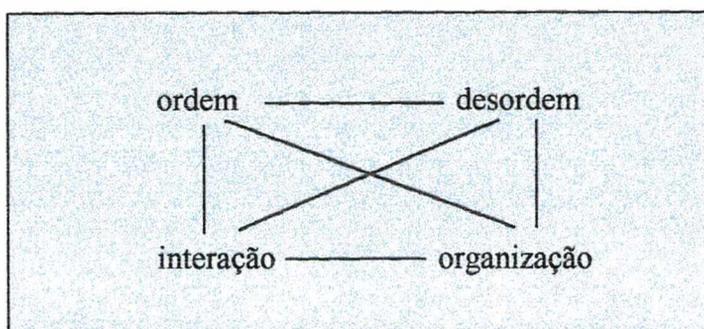


FIGURA 4 – Tetragrama. Fonte: Morin (1982, p. 158).

Reportando-se à ordem, desordem, organização, Klement (2000, p. 7) pontua que

(...) o antagonismo se verifica pela contraposição da ordem e da desordem. Isto significa que a ordem é constantemente abalada pela desordem no sentido de adequar-se aos sinais do ambiente, conferindo-lhe as mudanças na direção do seu crescimento, desenvolvimento. Enquanto isso, a desordem é dissipada pela ordem. A organização é resultado das interações dinâmicas da desordem com os acomodamentos estáticos da ordem. É um produto, dotado de um ordenamento capaz de avançar e crescer.

Morin (1982, p. 157) alerta contra o perigo de enquadrar o mundo por só um ângulo. Nesses termos, explicita:

(...) um universo estritamente determinista, que seria apenas ordem, seria um universo sem devir, sem inovação, sem criação. Mas um universo que fosse apenas desordem não conseguiria constituir organização, portanto, seria incapaz de conservar a novidade e, por conseguinte, a evolução e o

desenvolvimento. Um mundo absolutamente determinado, como um mundo absolutamente aleatório, são pobres e mutilados; o primeiro é incapaz de evoluir e o segundo é incapaz de nascer.

Continua afirmando: “temos que misturar estes dois mundos” (p. 158). O autor refere ainda que a ordem, a desordem e a organização são necessárias para conceber o mundo dos fenômenos, sejam eles sociais, físicos, biológicos, econômicos.

Sistemas: as idéias que Morin (1982, p. 204) defende em relação aos sistemas são as seguintes: “sistema é um conceito não totalitário e não hierárquico do todo, mas, pelo contrário, um conceito complexo de unidade e multiplicidade, aberto para politotalidades”, o que quer dizer, para o autor, que o conceito de sistema é um macroconceito ou “um conceito de três faces” (p. 205), a saber:

- a) Sistema (que exprime a unidade complexa e o caráter fenomenal do todo, assim como o complexo das relações entre o todo e as partes);
- b) Interações (que exprime o conjunto das relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem num sistema);
- c) Organização (que exprime o caráter constitutivo destas interações – aquilo que forma, mantém, protege, regula, rege, se regenera – e que dá a idéia de sistema a sua coluna vertebral).

Esses três termos são inseparáveis, conforme o autor, remetem uns para os outros. A ausência de um “mutila gravemente o conceito” (p. 205); eles formam a seguinte configuração:

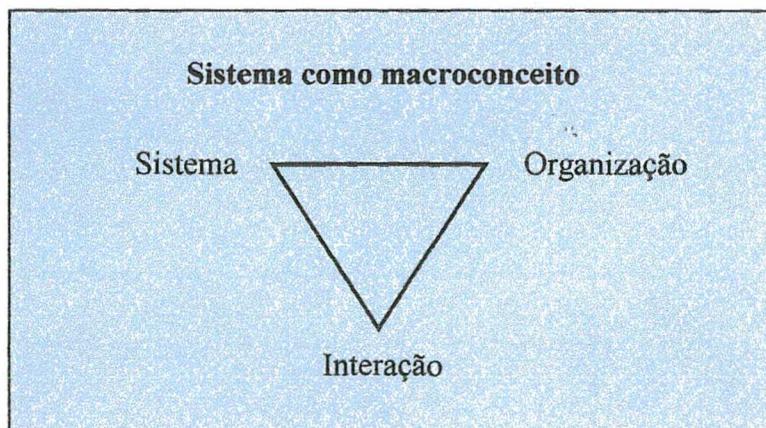


FIGURA 5 – Sistema como macroconceito. Fonte: Morin (1982, p. 205).

Morin (1982) afirma que a Teoria Geral dos Sistemas é definitivamente insuficiente, na atualidade, quando aplicada aos sistemas vivos ou sociais, baseada apenas na noção de sistema aberto. Para ele um sistema é aberto quando “pode alimentar a sua autonomia, mas através de dependência em relação ao meio exterior” (p. 218) e isso implica que o mesmo alimenta-se de “matéria-energia e até de informação” (p. 218). Nessa concepção, autonomia e dependência são concorrentes, coexistem no mesmo plano, “contrariando a posição simplificadora entre uma autonomia sem dependência e um determinismo de dependência sem autonomia” (p. 218).

Contudo, para Prigogine & Stengers (1981), citados por Schramm (1996, p. 197),

(...) a vinculação entre sistema e ambiente, necessária à sobrevivência do conjunto, não deve ser considerada somente no sentido daquilo que limita o possível. Ela deve, ainda, ser considerada como aquilo que cria novas oportunidades, responsáveis da co-evolução de sistema e ambiente e que participam, a cada estágio evolutivo, da construção de uma estrutura provisoriamente integrada e dinamicamente estável. O vínculo determinaria, portanto, um leque de conseqüências inteligíveis e novas para o sistema, ao invés de se impor do exterior ao sistema.

Ainda em relação a sistema, Morin (1982, p. 200) pontua que embora esse paradigma seja tido como novo, Pascal, na sua época, já dizia que é “impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes”, diferindo frontalmente do holismo; porque, segundo o estudioso, o holismo simplifica, fazendo desaparecer as partes (subsistemas) em favor do todo (sistemas) e isto é unidimensional, é parcial.

Os sistemas mais complexos conhecidos, na visão deste autor, são “o cérebro e a sociedade dos homens [e] são os que funcionam com a maior parte de áleas, de desordens, de ruído” (p. 229).

Complexidade: o que costumamos chamar de complexo, no cotidiano, é o complicado, imbricado, enrolado, conforme Morin (1982), mas que não passa da combinação de vários elementos simples. Diferente, portanto, do conceito de complexidade defendido pelo pensador.

Na ótica de Morin (2000, p. 38), *complexus*

(...) significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo

entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. Os desenvolvimentos próprios à nossa era planetária nos confrontam cada vez mais e de maneira cada vez mais inelutável com os desafios da complexidade.

O autor afirma que o universo dos fenômenos são tecidos de ordem, de desordem e de organização e estas noções são complementares, antagônicas e contraditórias (MORIN, 1982). Para ele, a complexidade “não é só pensar o uno e o múltiplo conjuntamente; é também pensar conjuntamente o incerto e o certo, o lógico e o contraditório, e é a inclusão do observador na observação” (p. 160).

Nesse sentido, Serva (1992, p. 33) escreve: “a epistemologia da complexidade, insere o sujeito no contexto da construção das realidades, como também na produção científica. Ela incorpora seriamente a subjetividade (...)”.

A complexidade, para Morin (1982), é insimplificável. E continua discorrendo sobre o tema: “é complexo porque (...) estabelece (...) uma conjunção necessária entre noções que estão classicamente disjuntas” (p. 211), estabelecendo a configuração a seguir:

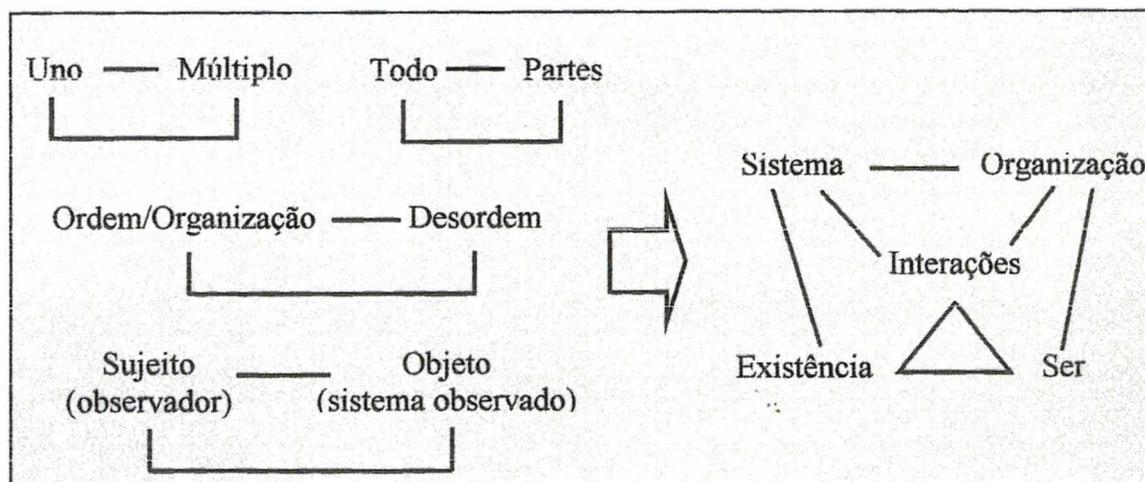


FIGURA 6 - Inter-relação de alguns conceitos do paradigma da complexidade. Fonte: Morin (1982, p. 211-2).

O autor demonstra, no diagrama acima, o entrelaçamento de conceitos diferentes que se cruzam e voltam a se entrecruzar e os quais formam a unidade complexa, sem contudo excluir um ou outro, permanecendo as noções de complementaridade, diversidade, antagonismo e contrariedade existente entre eles.

A complexidade do campo da saúde pode ser definida conforme a concepção de Winiwarter, adotada por Schramm (1996, p. 80), que inter-relaciona quatro características dos sistemas auto-organizadores:

1) grande variedade de componentes com funções especializadas; 2) a organização desses componentes em níveis de valor diferentes; 3) a alta conectividade entre tais níveis; 4) as forças de interação entre [os] níveis. A complexidade (...) pode, portanto, ser definida pelo grau da sua coerência interna (...), ou seja, pela sua capacidade de lidar com as perturbações internas e externas.

3.2 Pressupostos

Os pressupostos, expressos aqui, traduzem nossas crenças, experiências, visão de mundo, tendo como embasamento o referencial teórico construído anteriormente. Vale ressaltar que nossos pressupostos estão aqui direcionados ao enfermeiro-chefe, por ser o foco do trabalho; no entanto muito deles se aplicariam à equipe de enfermagem da UTIP. Essa é nossa crença!

Seria necessário, talvez, o enfermeiro, chefe de unidade, aprender a conviver coletivamente com a diversidade. Este é um aprendizado que não possuímos, porque almejamos que o outro veja os fenômenos pelo nosso prisma; quando isso não acontece, nos decepcionamos e o marginalizamos.

É possível o enfermeiro, chefe de unidade, dar espaço, oportunidade para o crescimento das pessoas no que tange a suas competências, vontades, interesses, preferências, diminuindo dessa forma a acomodação e levando o grupo a construções positivas.

O enfermeiro-chefe necessitaria ter talvez o discernimento de saber mediar o crescimento individual com o coletivo. O chefe tem direito ao crescimento, ao

conhecimento individual; no entanto, tem a responsabilidade de socializar, compartilhar os mesmos, porque o direito consciente implica na consciência de responsabilidade.

É possível o chefe, enfermeiro, ter consciência de que ordem, desordem, organização ou organização, desorganização, reorganização são processos e contra-processos, ou seja, que no cotidiano os movimentos não se processam linearmente, são plurais, conflituais.

O trabalho de enfermagem se organiza, em alguns momentos, por ações homogêneas e, em outros, por ações heterogêneas, criativas, particulares, fazendo com que padrões de desempenho (normas, rotinas, regulamentos...) sirvam de rotas orientadoras às atividades (ou trabalho) de enfermagem sem, contudo, perder de vista a flexibilização, afastando a rigidez – porque esta cega – o arraigamento à rotina pela rotina.

Na organização do trabalho de enfermagem, seria oportuno que a questão da demarcação dos limites fossem refletidos, explicitados no sentido de respeitar a cidadania do paciente, do trabalhador e garantir a segurança da organização, no contexto hospitalar.

O enfermeiro-chefe tem visão do sistema organizativo de enfermagem e sua interdependência com os demais sistemas da organização, coordenando a assistência de enfermagem propriamente dita relacionada com a missão da instituição. Dito de outra maneira, ele é o elo integrador da unidade com os outros subsistemas da organização, sendo o núcleo, a exemplo da célula viva, que aglutina, “segura” a unidade de trabalho, aqui no caso, a UTIP.

Por intermédio do diálogo e reflexibilidade é possível construir a consciência coletiva, dinamizando a auto-organização do subsistema (UTIP).

3.3 Conceitos considerados relevantes ao estudo

Alicerçamos o estudo aos conceitos de: saúde, ser humano, enfermeiro, enfermagem, chefe de unidade, auto-organização, UTIP, ação, interação, limites, autonomia, compartilhar-socializar, cotidiano, tornando-se necessário defini-los.

Saúde: elegemos a concepção de saúde preconizada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Importante explicar que adotamos o conceito de saúde para este estudo, pois no nosso entendimento, quem articula o processo de administrar a assistência, o ambiente e a organização do trabalho de enfermagem está cuidando da saúde ao facilitar os cuidados que o paciente recebe, e também ao cuidar da equipe e das condições para a realização desses cuidados, por meio do processo administrativo.

Além disso, para nós, esse conceito de saúde é complexo, porque um movimento em algum dos fatores que o constituem pode significar mudanças simultâneas, importantes e em cadeia nos demais. Como diz Morin (1982, 2000), cada elemento deste conceito é inseparável do outro, chama o outro, precisa do outro, completa o outro para constituir a saúde, formando-se, dessa maneira, o que Morin (1998, p. 122) denomina de um “círculo onde cada instância faz apelo e alimenta a outra [e] mesmo se mantendo no interior dos seus limites, pode referir-se ao que se encontra fora deles”.

Nesse sentido, Schramm (1996, p. 80) observa que, na realidade complexa que envolve a saúde hoje, seria preciso “articular [os] aspectos físico, biótico, psicológico e sociocultural, num contexto tecnocientífico de especialização acelerada e inexorável”, porque somente os aspectos educacionais, biológicos e sociais não dão conta da abrangência que o foco saúde encerra, requerendo um olhar pluri, multi, inter ou transdisciplinar para se obter uma visão significativa da mesma, e para “que se pense na saúde como relação complexa entre saúde e doença” (p. 179), as quais fazem parte do processo vital, ou seja, do viver-morrer.

Segundo o autor, a saúde, atualmente, “se identifica com o conceito mais amplo de [estar bem] como parte integral do desenvolvimento” (p. 89) humano. No entanto, diz o autor, citando Heidegger (1929), “o [estar bem está] sempre ameaçado pela experiência da dor e pela condição ‘incondicional’ da mortalidade” (p. 33). Mas, para Schramm (1996, p. 33),

a condição de [estar bem] dá-se num universo de referência marcado pela evolução da tecnociência, (...), assim como no universo adaptativo da linguagem em que os sujeitos concretos questionam, interpretam e expressam a própria vida, procurando um sentido, tendo expectativas, estabelecendo normas reconhecidas como necessárias ou consideradas oportunas, para manter ou melhorar o próprio [estar bem], inseparável do [estar bem] alheio - outro, comunidade, sociedade, mundo –

o que nos remete para uma ética em saúde. Conforme o autor, ética em saúde “tem a ver com o [estar bem] da vida humana, nas suas ‘circunstâncias’ que constituem o ambiente indispensável ao sistema vida humana, tanto individual quanto coletivo e ecológico” (p. 46), e para tanto é necessário estabelecer um pacto “entre prudência no agir e responsabilidade nas escolhas, no que diz respeito ao [estar bem] dos humanos, do ponto de vista da saúde” (p. 46).

Ser humano: o ser humano é um ente complexo e, em sua complexidade, engloba ao mesmo tempo o singular e o múltiplo, o racional e o irracional. Sorri, chora, é objetivo-subjetivo, capaz de medidas e desmedidas, é um ser de violência e de ternura, de amor e de ódio, é sério e calculista, mas também gozador, ébrio. É do trabalho e do jogo, é individual mas não vive sem a coletividade, é um ser de relações, de palavra e diálogo, é ativo e reflexivo, de desejos e pulsões, é vibracional. É este ser contraditório que dinamiza a auto-organização (adaptado de MORIN, 2000 e baseado em anotações de sala de aula da disciplina de Fundamentos da Administração em Enfermagem, dezembro de 2000).

Ainda, para Schramm (1996, p. 192),

o ser humano não é só um ser vivo, provido, portanto, da necessária inteligência que lhe permite ‘autonomizar-se’ com relação aos desafios vindos de um ambiente; ele é, ainda, um ser vivo que age; um ser construtor de mundos e construtor de si; um ser que pensa sobre o viver, o pensar e o agir; um ser que aprende e aprende a aprender; que age conforme – ou não – com aquilo que considera que deve ser feito, logo relativamente a valores e princípios, tendo que arcar com as conseqüências do seu agir

ou das suas práticas.

Enfermeiro: é um indivíduo que engloba todas as características complexas do ser humano e ao qual estão aderidas as responsabilidades inerentes da profissão enfermagem, perpassadas por atitudes ora mais “cognoscitivas” (ABBAGNANO, 1998, p. 89), isto é, que visam a realização de atividades concretas (tais como a realização de técnicas e procedimentos diversos, planejamento, controle, avaliação, direção, pensamento lógico, encaminhamentos, negociação, orientações...), ora por “atitudes emotivas” (op. cit.) que envolvem “opções de valor diante de determinadas situações” como empatia, amizade, carinho, preocupação, astúcia, cinismo, jogo duplo, intuição..., fazendo com que o ser e o agir do enfermeiro-chefe sejam constituídos por movimentos, ondulações, ações, interações, efervescências os quais animam e dinamizam os processos interativos em que o profissional está envolvido.

Enfermagem: É uma prática social regulamentada por lei, o que a torna uma profissão; mas também é ciência possuidora de um corpo técnico de conhecimento específico e geral; e, ainda, é a arte do cuidar, sendo imprescindível aos seres humanos independente das condições ou classes sociais, níveis ou estágios de crescimento e desenvolvimento que os mesmos integram. É constituída por pessoas, profissionais, que realizam o trabalho de enfermagem – que é o cuidado – numa diversidade de competências definidas em lei, interesses, habilidades com nível de dependência e autonomia variadas, formando um sistema organizativo com uma unidade ou núcleo, sendo essa unidade representada pela figura do líder. Em decorrência dessas diversas instâncias ou faces que se entrelaçam na disciplina enfermagem, isso a torna um processo de ação, reação, interação dinâmico (com troca de experiências, conhecimentos, sentimentos), conflitual (sendo palco, muitas vezes, de desavenças, jogo duplo, inveja, cinismo), prazeroso (quando as preocupações cedem lugar à comemoração, à celebração, ao riso, ao “deixar para depois”), desafiante (com lutas constantes entre vida e morte) num interminável alternar-se entre um aspecto e outro.

Chefe de Unidade: elemento aglutinador da unidade de enfermagem, faz a relação de autonomia, dependência, interdependência da unidade (UTIP) com os demais sistemas organizativos da instituição.

Chefe de unidade é cargo formal do Serviço de Enfermagem do HUSM, ocupado por enfermeiro, e estão representados no organograma do serviço e da instituição as relações de autoridade e responsabilidade pertinentes ao mesmo.

Auto-organização: é um aspecto da complexidade que, pelos processos e contra-processos de ordem, desordem, organização no sistema de relações, interações, associações de uma unidade organizativa de trabalho de enfermagem, a UTIP, resulta na capacidade de fazer face às perturbações do ambiente e do contexto que se apresenta.

Unidade de tratamento intensivo pediátrica – UTIP: tradicionalmente é definido como o local onde estão concentrados os recursos humanos e materiais para o atendimento organizado das crianças criticamente enfermas. Porém, esse cenário é mais do que um espaço físico somente, é um espaço social, cultural, simbólico; envolvendo relações, interações entre os profissionais de enfermagem, o paciente, a família, os profissionais das outras áreas, que influenciam e são influenciados uns pelos outros. É um local dinâmico, propício para tensões, conflitos, em virtude da grande intensidade de emoções decorrentes da constante exposição ao risco de vida e às mutilações, oscilação entre o êxito e o fracasso (PIVA et al., 1996), tudo isso aglutinado ao mesmo tempo às crenças, valores, visão de mundo e experiências vivenciais de cada integrante desse espaço. Então, concordando com Erdmann (1996, p. 117), podemos dizer que esse ambiente de trabalho “é um elemento do sistema organizacional de cuidado”.

Ação: na concepção de Morin (2000, p. 86), ação “é decisão, escolha, mas é também uma aposta. E na noção de aposta há a consciência do risco e da incerteza”, pois não temos a garantia de que ela não contrariará a intenção inicial do indivíduo que a empreendeu. O autor explica que qualquer que seja a ação, esta começa a fugir das intenções de quem a empreendeu tão logo a mesma se inicia, pois ela entra no universo das interações, as quais são imprevisíveis, porque “a ação não corre apenas o risco de fracasso, mas de desvio ou de perversão do seu sentido inicial, e pode até mesmo voltar-se contra seus iniciadores” (p. 89), tornando-se, então, necessário tentar destruí-la se houver tempo e for possível. Frente a esse entendimento, para o autor, é preciso “levar em consideração a

complexidade que [a ação] supõe, ou seja, o aleatório, acaso, iniciativa, decisão, inesperado, imprevistos, consciência de derivas e transformações” (p. 87) e que ele denomina de “ecologia da ação”.

Interação: processo de ações, associações e relações ativas, recíprocas, críticas e colaborativas no qual ocorre permuta energética positiva ou negativa entre os sujeitos por meio do processo comunicativo verbal ou não-verbal. A interação humana é complexa e multidimensional (baseado em CERVO et al., 2000). Nesse sentido, Morin (1986) refere que necessitamos de um pensamento que considere o conjunto: as interações (processos de trocas), as associações (processos de co-participação ou de compartilhamento) e as relações (processos de aproximação com o outro), uma retroagindo – “retroação é o retorno de um efeito sobre as condições que o produziram” (MORIN, 1986, p. 157) - na e sobre a outra, tornando-se, assim, noções complexas.

Limites: representam as fronteiras das ações humanas, as quais podem diminuir o risco, o prejuízo ao outro (indivíduo, grupo, instituição), perpassando pela compreensão moral e ética dos envolvidos de que estas necessitariam ser, estar, ficar boas para todos os lados; porém, com a consciência de que as ‘fronteiras’ habitam espaços claro-escuros, fazendo com que a questão dos limites tome dimensões multivariadas e subjetivas. Em outros termos, os limites não são estáticos, podem variar, porque as pessoas mudam, o que faz com que os limites também sejam diferentes de uma pessoa para outra, envolvendo aspectos das várias individualidades ou subjetividades com os aspectos da coletividade e essa interação pode gerar atritos de valores. No entanto, por limites deve-se entender não somente aquilo que restringe, obstaculiza as possibilidades das ações humanas, mas também como oportunidades, alternativas que contribuem para o crescimento, o desenvolvimento e a construção dos seres humanos, que, para tanto, lançam mão de habilidades, potencialidades, aptidões, superações inerentes a cada um.

Autonomia: consiste na faculdade de os seres humanos auto-regerem-se ancorados numa avaliação pessoal das possibilidades atreladas aos seus valores, capacidades, habilidades. Entretanto, como enfatiza Schneider (1995), apud Nietzsche (2000, p. 288),

“autonomia tem um caráter relativo e conflitivo, a depender das condições pessoais de cada indivíduo, dos limites legais a ele impostos, dos padrões éticos e morais vigentes em cada sociedade”.

Na enfermagem, a autonomia é relativa, haja vista que muitas ações de cuidado ao paciente ou da administração da assistência de enfermagem são dependentes e ou interdependentes das ações de outros profissionais, que estão inseridos no espaço organizacional, sem contudo, como indica Zen (1996), declinar do conhecimento e capacitação do enfermeiro como elementos essenciais ao desenvolvimento da autonomia profissional.

Compartilhar-socializar: é a ação de dividir-somar saberes, experiências, sentimentos, emoções entre os indivíduos, aprendendo estratégias, habilidades novas para o enfrentamento das situações cotidianas ou por vir. O enfermeiro precisa estar disposto a trocar, interagir consigo e com o outro, transpondo sentimentos negativos e pré-conceitos que influenciam na forma de perceber, sentir e lidar com as situações vivenciais (adaptado de CERVO et al., 2000).

Cotidiano: para Erdmann (1996, p. 20), fundamentada em Maffesoli (1994) e Teixeira (1990), “a vida cotidiana se compõe de microatitudes, de criações minúsculas, de situações pontuais e totalmente efêmeras, as quais, em partículas, não tem significância. Mas é essa insignificância que constitui a força e garante a permanência da vida”. E a autora prossegue, ancorada em Morin (1991), dizendo que, também, “o conhecimento surge, inevitavelmente num aqui e agora [cotidiano] particular e é marcado por este aqui e agora, embora escape aos vários aqui e agora. As idéias e pensamentos que atravessam os séculos e os espaços tomam formas em novos aqui e agora” (p. 33).

Em relação a esse enfoque, Morin (1986, p. 143) diz que em todas as suas dimensões, ou seja, demográfica, política, econômica, biológica, social, espiritual, histórica, estética... “a vida cotidiana está entremeada de tristezas, aborrecimentos, as mil alegrias, a subjetividade, (...), a ambigüidade e a obscuridade da sucessão de fatos, as mil facetas do mesmo fenômeno”, o contraditório, o conflitual, e o aqui e agora também é constituído pelos “pequenos desvios da vida cotidiana, [pelo] ‘jeitinho’ que sem ruídos

tentam driblar os valores e as normas impostas” (ERDMANN, 1996, p. 35) aos indivíduos e à sociedade.

Nessa concepção, o cotidiano é o vivido, é a conjunção do que consideramos importante, valioso, os grandes momentos com o que parece sem importância, banal, corriqueiro, insignificante, as coisas minúsculas, mas que sem esse conjunto não se realiza uma existência plena.

O cotidiano hospitalar, no entendimento de Bellato & Carvalho (1998, p. 55), também fundamentadas em Maffesoli (1984), “é um todo ‘confusional’ onde a harmonia ‘diferencial’ é conseguida pelo uso de formas ‘subversivas’ de enfrentamento do poder (em todas as modulações que ele se apresenta), garantindo a potência dos grupos que aí atuam” e, dentre eles, a enfermagem.

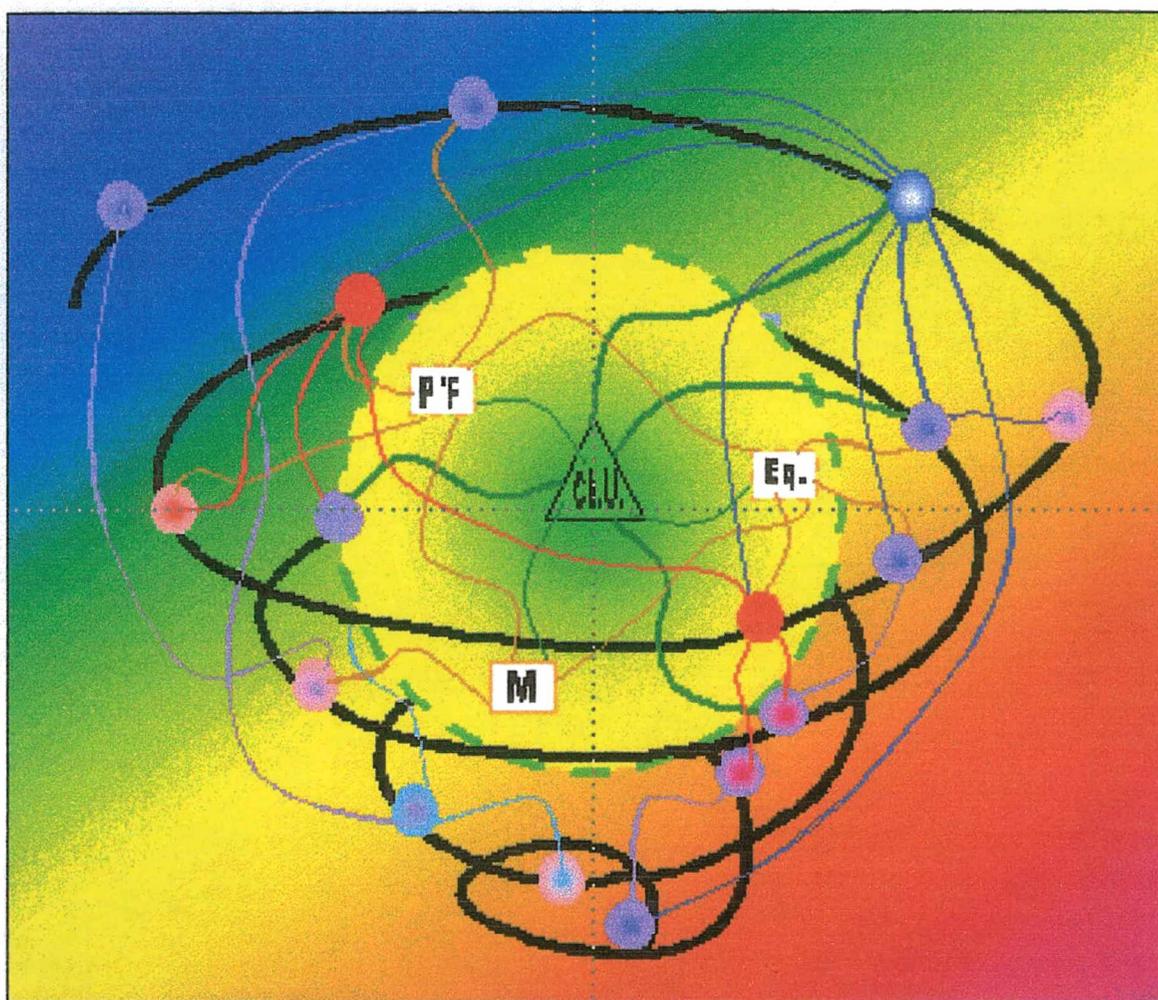
3.4 Descrição da representação gráfica do marco conceitual

Na tentativa de entrelaçar os conceitos desse marco, os pressupostos e os conceitos do paradigma da complexidade contemplados no estudo, criamos a configuração gráfica a seguir. Nela, o espaço físico da UTIP está representado pela esfera aberta, com o propósito de demonstrar que é um sistema aberto, explicitando as associações, interações, relações de dependência, interdependência, autonomia dessa unidade com os demais sistemas e subsistemas da instituição.

Dentro da UTIP, a figura do chefe está destacada por uma forma geométrica diferente das demais, representando o trabalho de enfermagem, os atos, as ações, as interações, as relações que se processam intra-UTIP entre paciente, família, equipe da unidade, materiais, equipamentos, outros profissionais ou não profissionais que afluem à unidade esporadicamente, os quais tem no chefe o interlocutor, bem como o sistema relacional que se dá diretamente entre os atores deste cenário sem a necessidade de envolvimento do chefe. Aparecem, também, os processos interativos que ocorrem externamente à unidade com os demais serviços da instituição e que o enfermeiro-chefe faz a conexão entre eles e a UTIP, sendo vital para a mesma. Além disso, estão evidenciadas as relações com a comunidade, a sociedade em geral. Esse sistema relacional é

representado pelas pequenas esferas ligadas umas as outras por linhas sinuosas, pois as relações e ou conexões são complexas e não se processam de maneira linear.

As linhas helicoidais, no sentido ascendente, dão idéia de movimento, ondulações, acaso, áleas, desorganização-organização, num acontecer contínuo, revigorados pelos processos e contra-processos inseridos na sociedade altamente mutante e globalizada na qual se desenvolve nosso processo vital e laboral.



Legenda:

Ch.U= Chefe da Unidade

Eq= Equipe

P/F= Paciente e família

M= Materiais e equipamentos

FIGURA 7 – Representação gráfica do marco conceitual.

4 METODOLOGIA

Esta seção destina-se à explanação da metodologia para o desenvolvimento da prática assistencial, bem como das estratégias utilizadas a fim de contemplar o objetivo proposto e o marco conceitual (do, até então, projeto de prática assistencial).

Este é um estudo de abordagem qualitativa, no qual utilizamos a sistematização de Bardin (1977) para constituir as categorias. Para a análise e reflexão dos dados, nos ancoramos nos autores que compuseram o nosso referencial teórico, especialmente em Morin (1982).

4.1 Local

Desenvolvemos nossa prática assistencial no HUSM, mais especificamente na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica -UTIP. Julgamos ser oportuno aproveitar este espaço para fazer um pequeno resgate histórico de alguns eventos referentes à instituição e à unidade do estudo, para que os clientes internos (os trabalhadores ou servidores do HUSM ou da UTIP) possam ter uma visão mais ampla das mesmas e, até, para servir de informação a outros (alunos, público em geral).

4.1.1 A instituição: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria

A necessidade de um hospital-escola, na UFSM, surgiu com a criação do Curso de Medicina, em 1954. A partir dessa data, muitos esforços e estratégias foram necessários para a concretização do sonho, que culminou com a inauguração do Hospital Universitário Setor Centro (HUSC), em 29 de abril de 1970, quando aconteceu a internação do primeiro

paciente na Unidade de Internação Pediátrica, sendo este o serviço pioneiro na área de internação do novo hospital. Nos meses subseqüentes, outras clínicas e serviços iniciaram suas atividades. No ano seguinte, a unidade de tratamento intensivo de recém-nascido – UTI-RN abriu as suas portas à comunidade.

Em 1982, no 1º semestre, os ambulatórios e algumas clínicas foram transferidos para um novo prédio, no campus, inaugurando assim o HUSM.

O HUSM atuava essencialmente como hospital-escola, atendendo os, assim designados, “indigentes” (pessoas excluídas do antigo INPS e FUNRURAL) e pacientes particulares.

Os anos correspondentes à década de 1990 foram bastante difíceis para o HUSM, em especial para a enfermagem. Mudanças importantes ocorreram com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. Mudou a clientela do hospital e alteraram-se os compromissos, aumentou a demanda para os serviços de enfermagem a fim de cumprir a nova exigência constitucional, implantada na época do então presidente, Fernando Collor, sem a correspondência de recursos financeiros, materiais e humanos. A enfermagem foi levada a roldão, o que nos faz crer que os profissionais de enfermagem, na sua maioria, não atentavam ou não atentam(?) para as políticas de saúde, pois, poucas pessoas tinham entendimento sobre os acontecimentos e a percepção, como afirma Cruz (1998, p. 21), de que: “um hospital é um sistema aberto que sofre influências não só do seu meio, mas também da própria evolução e das mudanças que se processam na tecnologia, educação, comunicação, sociologia, política, economia (...), administração”, na ciência e que, portanto, naquele momento se iniciava uma nova era no campo das políticas públicas de saúde.

Acresceu-se a este movimento de desordem organizacional, a política de pessoal adotada pelo Ministro da Administração, Bresser Pereira, e a Reforma Administrativa da Previdência Social, fazendo com que muitos servidores recorressem a aposentadoria precocemente, visando garantir seus direitos adquiridos. Outros tantos pediram exoneração, incentivados pelo PDV¹⁴, licença para tratar de interesses particulares – também incentivados pela política governamental – transferências, cedências e remoção a outros departamentos da UFSM, tornando a administração do hospital extremamente difícil

¹⁴ Plano de Desligamento Voluntário.

e, ao mesmo tempo, crescendo a pressão da comunidade por ampliação de serviços e atendimento de média e alta complexidade.

Atualmente, o HUSM é um hospital-escola de nível federal, de referência na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, integrado ao SUS, atendendo uma população aproximada de 3 milhões de habitantes, sendo que, para urgências e emergências e gestação de alto risco, a abrangência populacional é de 1,5 milhões de pessoas, oriundas inclusive do oeste catarinense. Detém a liderança, em saúde, em 112 municípios, os quais estão vinculados a seis Delegacias Regionais de Saúde. Presta assistência nos níveis primário, secundário e terciário; para ele afluem pacientes portadores de situações clínicas e ou cirúrgicas complexas, acarretando internação extremamente onerosa e de longa permanência. No ano de 2000, tornou-se referência para o tratamento do câncer infantil.

A alta procura pelos serviços dessa instituição é atribuída à sua qualidade, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência e, principalmente, ao caráter universitário.

O HUSM tem como **missão** “capacitar e aprimorar recursos humanos, produzir e difundir conhecimentos e oferecer assistência de excelência e referência, inserindo-se de forma cidadã e dinâmica na sociedade”; como **visão** “ser um referencial público acreditado em assistência e ensino em saúde, no qual professores, servidores e alunos incorporem conhecimentos humanísticos, éticos e técnicos, e a pesquisa seja uma constante alavanca para um futuro de melhores expectativas de vida” (RELATÓRIO, maio, 2001); e, para tanto, seus objetivos, a médio e longo prazo, são os seguintes:

- estabelecer-se como centro de ensino, pesquisa e assistência no âmbito das ciências da saúde;
- firmar-se como um centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde da comunidade local e regional, desenvolvendo programas específicos de assistência à população;
- tornar-se um hospital de referência, no âmbito médico e hospitalar, composto por um elevado nível científico, técnico e administrativo;
- atuar de forma eficaz e eficiente no atendimento de suas especialidades;

- configurar-se como campo de ensino prático aos alunos de graduação e pós-graduação da UFSM, em especial aos da área da saúde, permitindo que as atividades curriculares sejam realizadas em consonância entre teoria e prática;
- oportunizar a educação continuada do quadro funcional através de cursos, conferências, debates, aperfeiçoamento e grupos de estudo.

Dentro dessa missão e visão, o HUSM é sede de formação para os graduandos de todos os cursos na área da saúde e profissionais em nível de pós-graduação, *sensu lato* e *sensu stricto* de algumas áreas. Também, inúmeros projetos integrados com outras áreas de conhecimento – curso de química, engenharias, comunicação social, educação física – encontram-se em desenvolvimento, para estágios de graduação e pesquisas interdisciplinares (CERVO et al., 2000).

A administração do hospital adota um organograma verticalizado com ênfase na departamentalização, guiado pelo regimento interno construído a partir de 1980, e que teve sua consolidação em 1988, o qual vigora até hoje (REGIMENTO, 1988).

Os recursos financeiros que mantêm o HUSM advêm da prestação de serviço ao SUS; conta, ainda, com verbas esporádicas – ligadas a projetos – do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e ou do Ministério da Saúde (RELATÓRIO, fev, 2001).

Possui equipamentos sofisticados e de última geração, porém sofre com constante carência de material de consumo, ambigüidade, esta, característica dos hospitais públicos federais. Atualmente, o HUSM passa por ampla reforma na área física, com objetivo de modernizar e melhorar o fluxo de pessoal, o atendimento aos pacientes e as condições de trabalho dos servidores. Os recursos para tal são provenientes do governo central; outras vezes, forma-se parceria com os governos estadual e municipal, como no caso da aquisição do aparelho de tomografia e a construção do Pronto Socorro Regional, assim designado em virtude da parceria celebrada com esses últimos.

A carência mais expressiva encontra-se na área dos recursos humanos, agravada pela política de pessoal adotada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, nesses últimos anos, de não repor a vacância decorrente de aposentadorias, exonerações, óbitos.

O HUSM, com 311 leitos, tem seu corpo funcional composto por 1.095 servidores, distribuídos nas áreas administrativa, assistencial e de apoio.

Na área assistencial, o corpo clínico é formado por médicos docentes e assistenciais, perfazendo 116 profissionais, completando o quadro com seis fisioterapeutas, cinco nutricionistas, quatro assistentes sociais, cinco psicólogos. A equipe de enfermagem é composta por 118 enfermeiros, 52 técnicos de enfermagem, 287 auxiliares de enfermagem e 29 auxiliares de saúde – antigos atendentes de enfermagem (RELATÓRIO, out, 2000), o que é insuficiente para atender a alta demanda de pacientes e o grau de complexidade, vindo em prejuízo da assistência dos pacientes e dos trabalhadores de enfermagem.

A área de apoio conta com 600 servidores, aproximadamente.

Atuam no hospital 64 profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e técnicos em gesso pertencentes ao quadro de pessoal do Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS, criado em 1993, caracterizando uma nova modalidade de gestão regionalizada dentro do SUS, o qual abrange 37 municípios. Nos serviços terceirizados, existem 167 profissionais desempenhando suas funções na instituição (CERVO et al., 2000).

A enfermagem passou a fazer parte do quadro de pessoal da UFSM (até então, não existia essa categoria profissional no quadro de pessoal da instituição) com o funcionamento dos ambulatórios de diversas especialidades médicas dessa instituição, no Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCAA), hospital privado, na década de 1950; e para coordenar o grupo de enfermagem dos ambulatórios foi nomeada uma enfermeira como “chefe geral” dos mesmos, sendo que a equipe de enfermagem era subordinada ao departamento de clínica médica da Escola de Medicina, o qual tinha um médico-docente como chefe.

Tendo em vista a inauguração do hospital-escola que se aproximava, o reitor da época determinou que a enfermeira-chefe dos ambulatórios e um economista fossem fazer curso de especialização em administração hospitalar e contabilidade de custos hospitalar, respectivamente, na cidade de São Paulo. Quando retornaram, a enfermeira assumiu o cargo de Diretora dos Serviços Técnicos e o economista o cargo de Diretor da Divisão Administrativa. Essas divisões eram compostas das seguintes seções, respectivamente:

serviço de enfermagem, SAME, serviço de farmácia, serviço social médico, serviço de psicologia do trabalho, manutenção, zeladoria, portaria, patrimônio, contabilidade... configurando o organograma abaixo quando da inauguração do hospital.

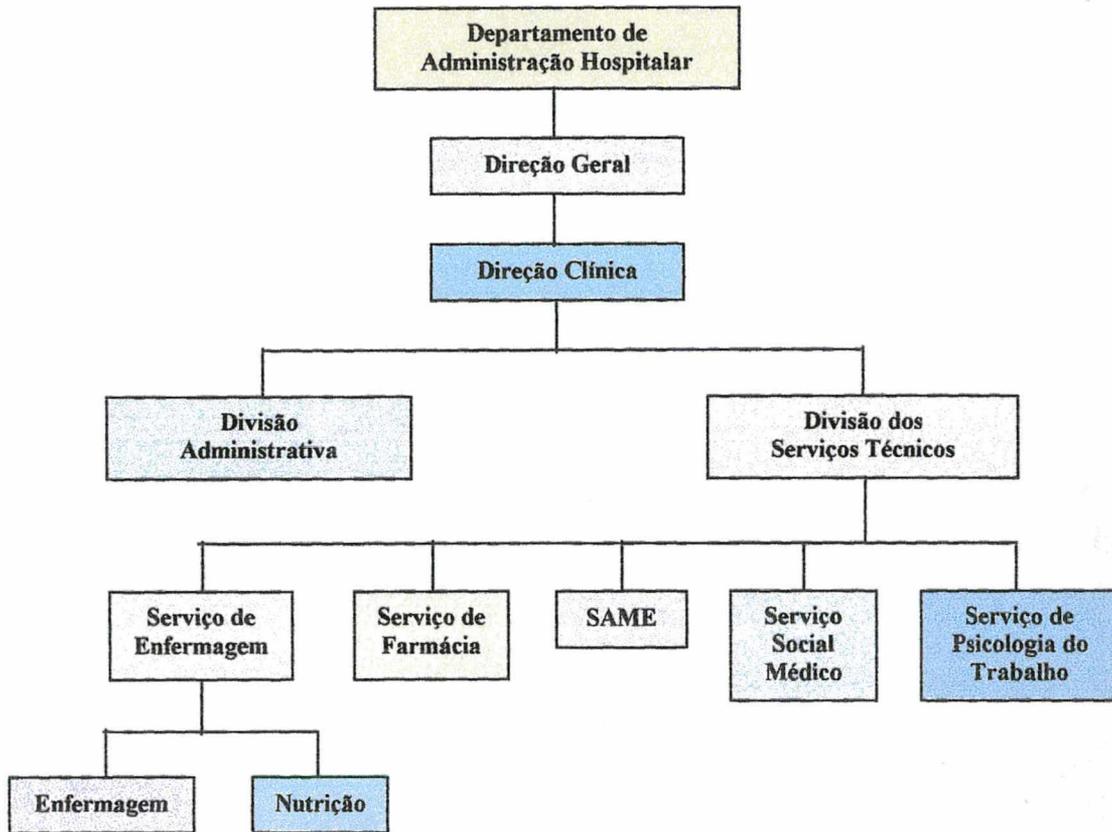


FIGURA 8 – Organograma do HUSC. Fonte: Cervo et al. (2000, p. 32).

O primeiro serviço a iniciar as suas atividades foi o de enfermagem, antes da inauguração do hospital, enquanto os demais serviços da divisão técnica estavam sendo estruturadas com a ajuda da sua diretora.

Importante relatar que, apesar da farmácia ter *status* de serviço no organograma, na prática estava atrelada ao serviço de enfermagem; e que uma enfermeira exercia o cargo de chefe de enfermagem e outra de chefe da nutrição, ambas subordinadas à DST, como bem, demonstra o organograma. As enfermeiras não eram remuneradas pelo cargo de chefia que exerciam, chegando aos cargos por intermédio de indicação.

Em 1981, houve reestruturação do organograma do hospital o qual foi conseguido mediante intenso conflito entre enfermeiros assistenciais e docentes, resultando em cicatrizes profundas, em ambos os lados, que começaram ser suavizadas a partir do final

da última década. Acreditamos que isso se deva ao ingresso dos docentes do departamento de enfermagem nos cursos de mestrado e doutorado, bem como ao número crescente de enfermeiros assistenciais que estão se inserindo nos programas de pós-graduação; e, ainda, aos trabalhos ou estudos que são realizados, conjuntamente, envolvendo enfermeiros assistenciais, docentes e alunos de enfermagem. No entanto, aquela modificação estrutural trouxe avanços à enfermagem, que conquistou o *status* de direção, integrando a Direção Executiva (Direx) do hospital em nível de igualdade hierárquica com as demais quatro direções que constituem a Direx, sendo a única a conseguir o cargo de vice-diretor, o que permanece até hoje, juntamente com cinco coordenações de áreas afins da enfermagem, como fica demonstrado na Figura 9.

A partir de então, os cargos de chefia e correlativos passaram a ser remunerados, mas o sistema de indicação para os mesmos persistiu até quando o país recomeçou eleger diretamente o presidente da república. Entretanto, com o novo organograma, ficaram mais hierarquizadas as relações de trabalho da enfermagem dentro do serviço de enfermagem, pois foi criada a figura do coordenador de enfermagem por áreas afins, que é o intermediário entre o diretor de enfermagem e o chefe de unidade, constituindo a linha verticalizada do serviço e das relações de trabalho. Por outro lado, não há como negar o crescimento político e a importância que a enfermagem conquistou dentro do hospital com a adoção dessa configuração organizativa. Agora, no nosso entender, é chegado o momento de refletir e decidir se essa estrutura ainda contempla os anseios da comunidade de enfermagem na instituição.

Atualmente, a estrutura organizativa do HUSM sofreu modificações (Figura 9), em decorrência de exigências governamentais, nesta última década, para diminuir o número de cargos e funções gratificadas na universidade. Então, houve a substituição da Direção de Ensino e Pesquisa pela Coordenação de Ensino e Pesquisa (CENPE) e da Coordenação de Educação Continuada de Enfermagem pelo Serviço de Educação Continuada de Enfermagem (SECEn).

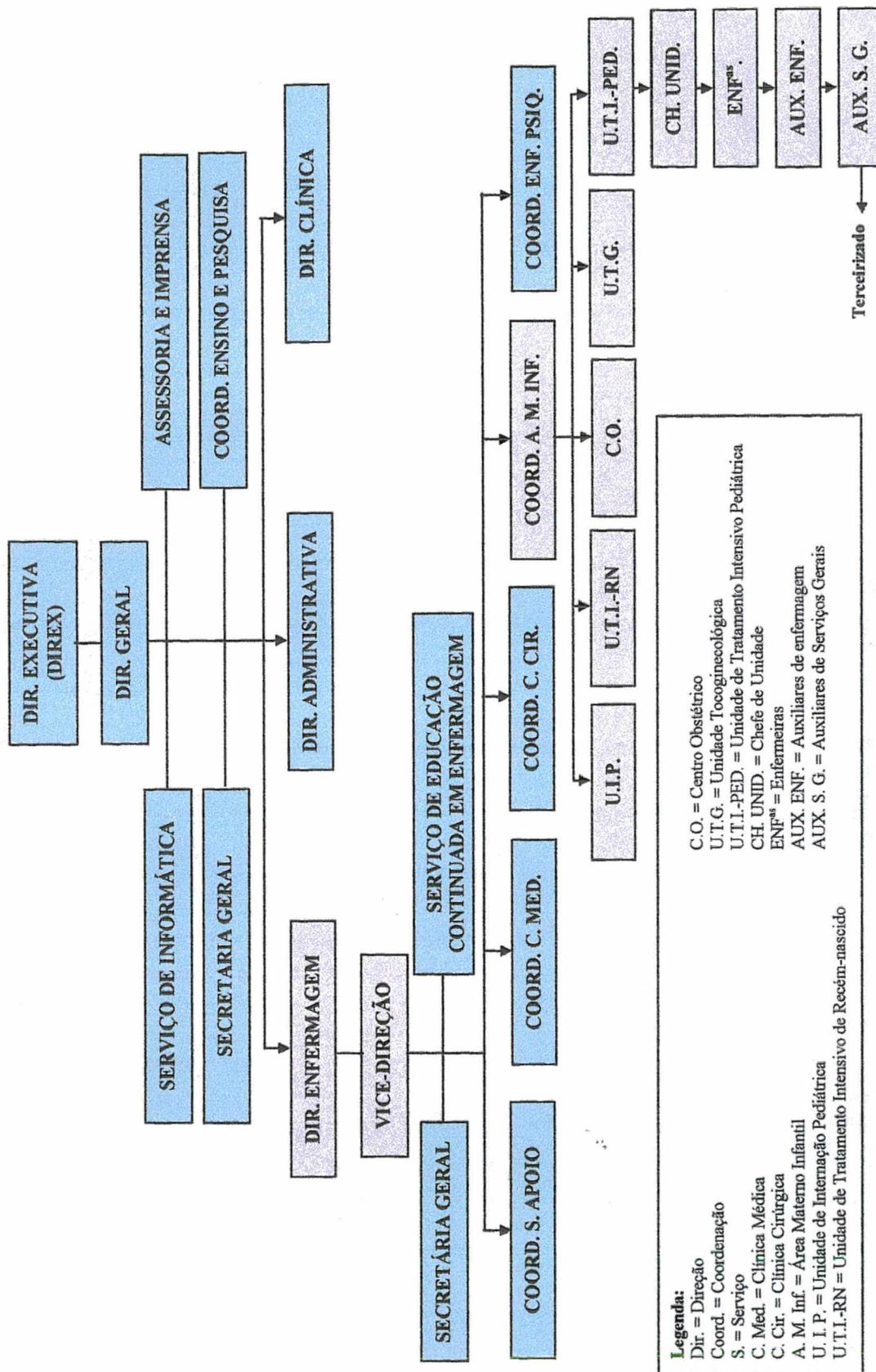


FIGURA 9 – Organograma do HUSM. Fonte: Adaptado do Regimento Interno do HUSM (1988).

4.1.2 A unidade do estudo

Historicamente, as UTIs surgiram nas décadas de 1940 e 1950, no exterior, com o fim de reunir no mesmo local enfermos portadores de doenças que colocassem em risco a vida, inovando assim o conhecimento e habilidades para assistir pacientes criticamente instáveis (HANSEL, 2000), bem como impulsionando o desenvolvimento de equipamentos e materiais que auxiliaram essa empreitada.

No Brasil, as UTIs foram implantadas na década de 1970, período de expansão da medicina curativista, individualizada e especialista. Devido ao sucesso alcançado com pacientes adultos tratados nessas unidades, passou-se internar as crianças gravemente enfermas junto com eles. A experiência fracassou, pois se percebeu que a criança não era um adulto em miniatura e sim um ser com características e peculiaridades inerentes ao seu estágio de desenvolvimento e crescimento. Surgiram, então, as salas de cuidados especiais, nas unidades pediátricas e, posteriormente, as UTIP. No Rio Grande do Sul, a primeira UTIP foi criada em 1978 (PIVA, 1990), na capital. Subseqüente a essa, surgiram as demais também em outras cidades do interior do Estado.

A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica do HUSM levou 13 anos para concretizar-se, desde sua idealização até a inauguração¹⁵, no dia 8 de março de 1995; nesse dia, ocorreu a internação de duas crianças. Quando da sua inexistência, as crianças gravemente enfermas permaneciam nas enfermarias, época em que vivenciamos momentos extremamente bizarros, como a mãe ser obrigada a ventilar manualmente seu filho por falta de ventilador mecânico, pessoal de enfermagem e médico.

A UTIP está localizada no 6º andar do HUSM, conhecido como andar pediátrico, pois nesse espaço coexistem a UTI-RN e a unidade de internação pediátrica. Esta última, mantém vínculo estreito com a UTIP e vice-versa. A UTIP possui abrangência regional e é a única da cidade de Santa Maria. Estão ativados seis leitos, porém dispõe de capacidade física para ampliação de até um total de dez leitos, tendo como entrave a este objetivo a carência de recursos humanos, especificamente, na área de enfermagem.

¹⁵ Isso foi possível pelo remanejamento de vagas do extinto INSS, sendo distribuídas entre os hospitais universitários para ampliação de serviços e atendimento, em 1994.

O quadro de funcionários da unidade é composto por dois fisioterapeutas, um secretário, um auxiliar de serviços gerais, dois higienizadores do ambiente, oito médicos, sendo um docente, um médico em programa de R₃ e outro no programa de R₂, sete enfermeiros, 18 auxiliares de enfermagem e dois acadêmicos de enfermagem, atuando no programa de bolsa de trabalho ao estudante, sendo este o total de profissionais que o serviço disponibiliza para assistir as crianças ininterruptamente.

A UTIP é um ambiente burocratizado, ou seja, um local que dispõe de divisão de trabalho racional, com hierarquia definida, existindo normas e rotinas escritas, específicas ao intensivismo pediátrico, bem como administrativas, que estabelecem os padrões de comportamento de seus integrantes, estando ligado à administração superior do Serviço de Enfermagem (adaptado de TREVIZAN, 1988).

O horário de visita dos familiares será reformulado brevemente. Atualmente, é das 10:00-11:00h, à tarde das 15:00-16:00h e à noite das 21:00-21:30h, com permissão de dois visitantes por horário para cada paciente, sendo que a família decide quem visita a criança. Há flexibilização desses horários e do número de visitantes conforme a situação, inclusive irmãos menores têm acesso à visita, desde que previamente sejam entrevistados pela psicóloga e combinado com o enfermeiro. Para as crianças que estão conscientes, há possibilidade da permanência da mãe e ou de pessoa significativa junto delas.

A taxa de mortalidade anual da UTIP, no ano de 2000, foi de 12,70%, constituindo-se na menor taxa de mortalidade da unidade desde sua inauguração, quando obteve os seguintes índices: 20,30% em 1995; 20,08% em 1996; 13,04 em 1997; 18,25% em 1998 e 18,60% em 1999 (S. Est., 2000).

4.2 O grupo da prática assistencial

Inicialmente, optamos por formar um grupo pequeno¹⁶, constituído de auxiliares de enfermagem e enfermeiros da UTIP, de até no máximo dez integrantes. E havíamos justificado esse número, no projeto, com o argumento de Siqueira (1998, p. 68), que

¹⁶ Para Minuci (1992), um grupo pequeno deve constituir-se de cinco a sete elementos, podendo chegar a dez, porém o recomendado seria não alcançar esse total e que o grupo fosse formado por número ímpar de elementos.

pontua: “(...) um grupo com um grande número de participantes limita as inter-relações, restringindo, assim, as oportunidades dos membros participantes e (...), muitas vezes, os integrantes perdem a motivação, porque as suas opiniões nem sempre são apreciadas e discutidas pelo grupo”.

Para a formação do grupo de reflexão, seguimos o critério da **adesão espontânea** pautada na **disponibilidade de tempo** dos integrantes da equipe de enfermagem da UTIP, pois, por trabalharmos juntos há seis anos, conhecemos, relativamente, a disponibilidade de tempo de cada integrante da equipe. Então, previamente foi feito um contato verbal com as pessoas que “teoricamente” teriam essa disponibilidade para participar do grupo. Posteriormente, cada uma recebeu um convite (Apêndice A), por nós distribuído, e, nessa oportunidade, confirmaram ou não sua participação. Dentre essas, duas desistiram. Portanto, o grupo foi formado por 11 pessoas (incluídas a autora e a facilitadora) da equipe de enfermagem da UTIP; dessas, cinco são enfermeiros e seis são auxiliares de enfermagem; todos os integrantes do grupo são do sexo feminino e possuem experiência em intensivismo pediátrico superior a cinco anos, sendo que a atuação do grupo na enfermagem hospitalar varia de seis a 25 anos.

O grupo teve um outro facilitador, também enfermeiro, além da autora do estudo, porque, ao pensar em trabalhar com grupo, concordamos com Gonzales et al. (1999) quando diz ser necessário ter conhecimento adequado e habilidades suficientes e, além disso, um sentido acurado de oportunidade. Desse modo, pensamos que com dois facilitadores teríamos menos possibilidades de cometer erros. Ainda, para a mesma autora, “relacionar-se de forma pessoal é uma experiência que se caracteriza pelo diálogo significativo entre pessoas, no qual cada um sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão do outro” (p. 23). Entrementes, participamos ativamente do grupo, fazendo os registros escritos, cuidando da gravação dos depoimentos (foi solicitada autorização ao grupo) e intervindo quando necessário, pois conforme Morin (1982, 1996a, 2000), Freitas (2000), e Alves (2000), o observador está inserido na sua observação, participando dos movimentos, ondulações e, portanto, não existindo investigador ou observador neutro, nesse caso, facilitadores. Acertamos, também, a participação da psicóloga do serviço como observadora do grupo; porém ela compareceu somente em três encontros.

Como estratégia para manter a participação ou frequência nos encontros, sempre levamos algo para lanche, haja vista o horário da realização dos mesmos, isto é, às 13:30h, visto que algumas pessoas saíam do trabalho nesse horário e estavam cansadas. Também em cada encontro eram lembrados o dia e horário do próximo, e, além disso, quando antecedia dois ou três dias da data combinada, enviávamos um cartão individual ou coletivo, com mensagens relembrando o local, a data, o horário e reiterando o convite para participarem do encontro. Mas consideramos como fator decisivo e essencial ao desenvolvimento do projeto da prática assistencial o apoio do chefe de enfermagem da UTIP, o qual entendeu ser pertinente recompensar com folga os membros do grupo que participaram dos encontros fora da sua jornada de trabalho.

As reuniões do grupo aconteceram na sala 6011 do 6º andar; sala contígua à UTIP, e foram denominadas, pelos participantes do grupo, de “encontros”.

Os encontros tiveram duração, aproximadamente, de 1:30 a 1:45 minutos e aconteceram dentro do período previsto, isto é, de 30/04/01 a 04/06/01, sempre às 13:30h, no local mencionado.

4.3 A coleta de dados da prática assistencial

É importante relatar que, antes de iniciarmos a prática assistencial, todas as providências legais (Apêndice B) foram tomadas e que, portanto, no dia em que iniciamos o trabalho, dispúnhamos das autorizações necessárias à realização do mesmo.

A coleta dos dados ocorreu por intermédio dos encontros e para tanto nos valem de uma das modalidades de entrevista, ou seja, da técnica da entrevista coletiva. Nesse tipo de entrevista, segundo Morin (2001b, p.73), “propõe-se um modelo dialético de formação da verdade, pelo confronto de opiniões contrárias” dos integrantes do grupo. Também, nesses momentos, surgem as convergências, as aproximações sobre determinado tema (assunto).

A cada encontro levamos para o grupo de reflexão um ou dois temas, previamente selecionados a fim de alcançar o propósito deste estudo, para serem refletidos, debatidos; sendo explicitados ao grupo pelas facilitadoras, por meio de perguntas abertas.

4.3.1 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos seguimos as recomendações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa que envolve seres humanos, observando no desenvolvimento da prática assistencial questões referentes ao grupo concernentes a(o):

- consentimento, por escrito (Apêndice C), das pessoas que formaram o grupo a fim de poder divulgar as informações, gravar os encontros, garantindo que a identidade de cada integrante do grupo será mantida em sigilo, bem como assegurada a liberdade de qualquer membro deixar o mesmo, se entendesse que era melhor para si;
- respeito às crenças, valores, visão de mundo das pessoas, mesmo que essas fossem divergentes das nossas ou de outros membros do grupo, pois, como afirmam Maturana & Varela (1990), apud Schramm (1996, p. 168),

(...) cada vez que estamos em contradição, ou oposição com outro ser humano, com quem queremos conviver, temos que admitir que o nosso ponto de vista resulta de um acompanhamento estrutural num domínio de experiência tão válido como aquele do nosso oponente, mesmo que o seu nos pareça menos desejável;

- em relação à instituição, solicitamos autorização, por escrito, para desenvolver a prática assistencial, divulgar os dados e utilizar o nome da mesma.

Durante a realização da prática assistencial não enfrentamos nenhum tipo de problema ou dilema ético com o grupo; em todos os encontros, as discussões foram ancoradas no respeito pelo outro, no direito de cada um poder expressar-se livremente, porém, com responsabilidade e delicadeza, sem melindrar ou magoar os colegas.

Ainda, celebramos um acordo tácito com os integrantes do grupo, no primeiro dia da prática assistencial, para mantermos internamente ao mesmo o teor das discussões. Foi explicitado a todos que para participar desse tipo de trabalho é necessário ter um acurado senso de discrição, responsabilidade e respeito pelos companheiros do grupo. Várias vezes,

no desenvolvimento da prática, relembremos, preventivamente, o acordo e retomamos o pensamento de Maturana & Varela (1990), mencionado acima, porque, em relação a estes aspectos, nos aliamos a D'Assumpção (1998, p. 26), quando pontua que

(...) não acreditamos ser possível 'ensinar' ética a um adulto. Podemos, isto sim, fornecer subsídios para um desenvolvimento da consciência crítica que irá proporcionar à pessoa uma melhor possibilidade de avaliação de seus atos e dos acontecimentos que ocorrerem em seu redor. Com esta avaliação, ele será capaz de orientar e reorientar o seu próprio comportamento, tornando-o ético diante de si mesmo, diante da comunidade em que vive e (...) ética começa no berço.

4.3.2 As estratégias para a coleta dos dados

A partir de agora, passamos a relatar e descrever os encontros propriamente ditos, ressaltando que, a fim de dinamizar e motivar o grupo de reflexão, nos inspiramos em alguns elementos da técnica de grupo focal, balizados em Baremblytt et al. (1986) e Dall'Agnol & Trench (1999), utilizando-os conjuntamente com as técnicas de dinâmica de grupo dos autores Andreola (1985) e Andrade (1999).

1º Encontro - De aproximação

No dia 30 de abril de 2001, iniciamos a nossa prática assistencial, sendo o primeiro encontro oficial, o qual denominamos de **Aproximação**.

Um dia considerado muito importante e, ao mesmo tempo, repleto de ansiedade, a começar pela noite da véspera, a qual foi entrecortada por vários períodos de vigília, nos quais nossa imaginação passeava pelo local escolhido, arquitetava estratégias de como melhor colocar ou explanar os objetivos do trabalho, o foco do mesmo, as dinâmicas para manter o grupo motivado e participante. A expectativa pela presença das pessoas convidadas fez-nos reviver a sensação de estar enfrentando o primeiro dia de trabalho, no primeiro emprego (isso já decorridos 20 anos).

Quando as primeiras pessoas chegaram, um misto de alegria e alívio apossou-se de nós.

Eram exatamente 13:35 horas, e algumas delas estavam cansadas e com fome, pois tinham terminado a jornada de trabalho às 13:15 horas; outras estavam iniciando o turno e, ainda, outras estavam de folga ou iriam trabalhar no turno da noite, desse dia.

Oferecemos um lanche com a intenção de confraternizarmos com o grupo, bem recebê-lo, deixá-lo à vontade, e ao mesmo tempo, amenizar a fome das pessoas que haviam trabalhado pela manhã. Pensamos que comer juntos é uma forma de compartilhar, diminuir tensões, integrar-nos. Sobre esse aspecto, Nitschke (1999, p. 115), fundamentada em Kant (1985) e Maffesoli (1987), esclarece a importância da comensalidade como expressão do prazer de estar juntos. Para a autora, “o comer é nutrir, se comemos com alguém estamos nos nutrindo juntos, e também nutrindo o estar junto. Tem-se uma potencialização de prazeres: o de ser-estar junto com, propriamente dito, o de nutrir-se, o de nutrir-se estando e sendo junto com”. Porém, a autora destaca que é necessário ter clareza que o comer junto pode trazer a nuance do afrontamento, do conflito com os outros, pois a refeição compartilhada com as pessoas mostra, contraditoriamente, a proximidade, mas também as diferenças entre elas, como bem explicita esse fragmento dum poema citado no trabalho de Nitschke (1999):

É melhor comer verdura na companhia de quem a gente ama, do que comer a melhor carne onde existe ódio.

É melhor comer um pedaço de pão seco, tendo paz de espírito, do que tendo um banquete na casa cheia de amargura... (Gralha).

Após a recepção, ajustamos alguns acordos, como: os encontros foram combinados para as segundas-feiras, num total de seis consecutivos, na sala 6011, das 13:30 às 14:30 horas, porém, o acordo em relação ao horário não foi cumprido, pois as reflexões e discussões sempre se estenderam além do previsto; no entanto, os participantes do grupo não se mostraram contrariados com o fato.

Nesse primeiro dia, faltaram quatro pessoas, as quais justificaram a ausência, previamente, à exceção de uma.

Cada integrante do grupo escolheu seu cognome (Apêndice D) de maneira livre; para tanto, distribuimos um cartão branco no qual as pessoas escreveram o cognome de sua preferência e, logo após, depositaram-no num envelope, sem compartilhá-lo com o grupo. Imaginamos essa ser mais uma maneira de preservar a identidade das pessoas envolvidas; inclusive a facilitadora não teve acesso aos mesmos, somente a autora conhecia-os; durante os encontros, combinamos nos chamar pelos nomes reais. Ainda nesse primeiro dia, foi explicitado e reafirmado o nosso compromisso ético frente ao grupo, bem como assegurado que a permanência de cada membro no grupo era livre e que a qualquer momento poderiam deixar o mesmo, sem constrangimento, se assim desejassem. Também foi feito um acordo tácito para que cada integrante do grupo mantivesse compromisso ético em relação ao grupo e que os temas discutidos permanecessem somente intragrupo. Feitos os ajustes necessários, distribuimos o texto **Características da Consciência Crítica e da Consciência Ingênua** (Anexo A) de Freire, o qual foi lido em voz alta e discutido. Encerramos o encontro agradecendo a participação e reiterando o convite para o próximo.

2º Encontro - Ordem, desordem e organização para mim é...

O segundo encontro ocorreu no dia 07/05/01, e, dessa vez, com a presença de todos os participantes do grupo.

Iniciamos o encontro oferecendo lanche às pessoas que tinham acabado a jornada de trabalho daquele dia e sobremesa para as que estavam iniciando o turno da tarde. Demos as boas-vindas ao grupo e então, sob a coordenação da facilitadora – importante destacar que quando nos referirmos à “facilitadora”, não é a autora do trabalho; estamos nos referindo à colega que nos auxiliou na realização da prática assistencial - experienciamos com eles a técnica de escrever um atributo do colega sentado ao lado direito de cada integrante do grupo. Feito isso, as folhas de papel foram entregues à facilitadora, que lia em voz alta cada um, destinando alguns segundos para o grupo falar quem possuía a qualidade mencionada. No final desse período, o autor da mesma dizia para quem tinha escrito aquele atributo. E assim sucessivamente, até todas as pessoas saberem que predicado ou qualidade o colega lhe atribuía. Essa técnica teve por objetivo explicitar como cada um é percebido na equipe que integra, evidenciando que a subjetividade individual emerge, no cotidiano, tanto no nível privado como no nível público.

Depois desse momento, fizemos discussão sobre ordem, desordem e organização.

Outro tema discutido, nesse dia, foi a posição ocupada pelo Serviço de Enfermagem no organograma da instituição. Primeiramente, foi feita a exposição das estruturas organizativas nas quais o serviço de enfermagem esteve inserido e a posição que ocupa atualmente. Logo em seguida, passou-se à verbalização de como a estrutura organizacional do Serviço de Enfermagem é percebida pelo grupo.

3º Encontro - Reflexão sobre a dinâmica do trabalho de enfermagem na UTIP

No dia 14/05/01, realizamos o terceiro encontro da nossa prática assistencial. Nesse dia, levamos para o grupo além do lanche e do chá quente (o dia estava bastante frio, apesar do sol) um botão de rosa para comemorarmos o dia das mães, porque consideramos que quem cuida de criança não deixa de ser um pouco mãe; e o dia do profissional de enfermagem, pois, defendemos que o dia 12 de maio seja o dia dedicado a todos que exercem a enfermagem, independente das categorias em que estão incluídos.

Obtivemos a participação, nesse encontro, de 10 integrantes do grupo. Uma enfermeira não pode participar, devido a intercorrências com os pacientes da UTIP. Porém contamos com a psicóloga do serviço como observadora. De início, fizemos um relato-resumo dos temas desenvolvidos nos dois encontros anteriores, solicitando ao grupo a validação ou não das informações coletadas. Não houve nenhum reparo e, portanto, segundo o grupo, as mesmas eram fidedignas.

Na seqüência, desenvolvemos com os participantes a técnica do “saco”, que consiste em colocar, previamente, dentro de um “saco opaco”, os mais variados objetos. Fecha-se a “boca” do mesmo, deixando espaço somente para o participante da brincadeira colocar sua mão dentro e explorar os objetos, tentando identificá-los, isso em 30 – 40 segundos, não mais que esse tempo. O participante não pode dizer ao grupo que objetos identificou e nem o que imagina estar dentro do saco. Esta técnica colocou em evidência o imprevisto, o acaso, o inesperado e quais os sentimentos experimentados pelos membros do grupo diante das situações inesperadas e como as enfrentamos no cotidiano. Após a reflexão sobre os imprevistos, perguntamos como percebemos, vemos o serviço da enfermagem. Como nós imaginamos que seja o nosso serviço diário? E na continuidade da

discussão, questionamos como o chefe entra nesse processo, na dinamicidade da enfermagem.

Para representar as relações, interconexões, ações que o enfermeiro-chefe realiza fora da UTIP com os demais subsistemas e sistemas da instituição e as interações internas, utilizamos a técnica do barbante com 2 fios de cores diferentes. Toda vez que o chefe desempenha uma ação ou se relaciona externamente com algum serviço, é passado o fio e assim sucessivamente. Idem quando for internamente. O resultado é uma verdadeira trama de fio que forma uma teia entrelaçada fortemente não se conseguindo distinguir o início e o fim das interações, relações e, literalmente, “perde-se o fio da meada”. Esse emaranhado relacional está representado no diagrama a seguir.

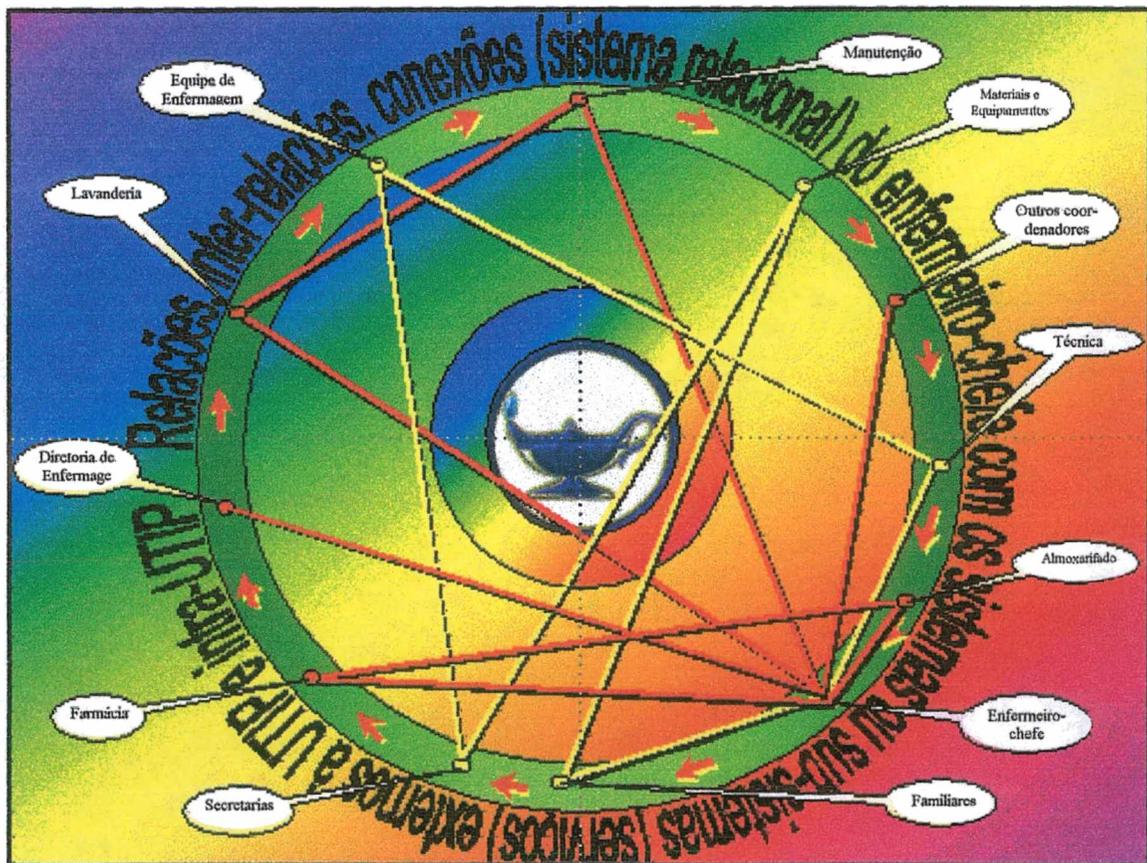


FIGURA 10 – Sistema relacional do enfermeiro-chefe com os serviços externos a UTIP e intra-UTIP

4º Encontro - Chefia de unidade, eis a questão!

No dia 21/05/01, realizamos o quarto encontro com a participação de nove integrantes do grupo, mais a observadora (psicóloga). Era um dia que chovia torrencialmente e por isso chegamos mais tarde que o habitual e fomos surpreendidos com a sala arrumada, chá e algumas pessoas aguardando o lanche de todas as segundas-feiras. De início, fizemos a leitura na íntegra do encontro anterior, o qual foi validado pelo grupo, sem retificações.

Após, sob a coordenação da facilitadora, experienciamos com o grupo a técnica das **Mensagens** (Anexo B). Cada participante ‘pescou’ do envelope uma mensagem e decidiu se leria para o grupo em geral ou para alguém em especial, justificando o porquê. Todos preferiram dirigi-las ao grupo. Essa técnica teve como objetivo reafirmar ou reacender a integração e o entrosamento entre os participantes do grupo.

Na seqüência do encontro, foi distribuída uma tarjeta de papel com a questão: **o que eu espero do chefe?** Estabelecemos, aproximadamente, 10 minutos para cada um pensar e escrever no papel suas expectativas em relação ao chefe. E como grupo, quais são as nossas expectativas em relação ao chefe?

No desenvolvimento do encontro, perguntamos como percebemos as chefias e correlatos de enfermagem da instituição. O chefe de unidade tem espaço? Tem autonomia perante as instâncias superiores do Serviço de Enfermagem? Nesta questão, as opiniões divergiram intensamente, não se chegando a um acordo, e mantiveram como referência a chefia da UTIP, sem conseguir ampliar para o Serviço de Enfermagem.

Para finalizar o encontro desse dia, desenvolvemos com o grupo a técnica do **Abrigo Subterrâneo** (Anexo C), com o fim de refletir sobre a influência dos nossos valores, preconceitos diante das decisões de risco ou não que tomamos, e também avaliar o grau de liderança, a forma de persuadir ou intervir no grupo, a flexibilidade de cada um. Ao final da mesma, o grupo **concluiu que decidir é muito difícil e criticar é bem mais fácil.**

5º Encontro - Um encontro difícil!

O quinto encontro foi realizado no dia 28/05/01, sempre no mesmo local e horário. Nesse dia faltaram três pessoas, as quais avisaram previamente, sendo que uma delas teve aborto espontâneo nesse dia, o que deixou o grupo consternado; seria o seu primeiro filho. Para quebrar o ambiente de pesar e tentar animar o grupo, pois o mesmo estava disperso (porque, além do fato mencionado, algumas pessoas estavam trabalhando por 18 horas consecutivas e o cansaço delas era evidente) apresentamos o texto **Fotógrafo** (Anexo D) com o objetivo de evidenciar as dificuldades, os ruídos, as interferências que ocorrem na comunicação e como isso interfere nas relações grupais e também nas ações da chefia da unidade. Ainda, demonstrar que, quando estamos ansiosos, tendemos a cometer enganos, porque não nos dispomos a ouvir e completamos o que os outros estão tentando nos dizer e, na maioria das vezes, nem deixamos o nosso interlocutor terminar o seu pensamento.

Na seqüência do encontro, fizemos as seguintes colocações: **por que ninguém deseja ser chefe da UTIP? Quais são as dificuldades que o chefe enfrenta para desenvolver seu encargo? Chefe é necessário para as unidades de enfermagem? O que mais, na visão de vocês, desestimula o enfermeiro de ser chefe da UTIP?** Sobre os questionamentos acima, foi chamada nossa atenção pela banca de qualificação a forma diretiva das perguntas. Ao invés de reformulá-las, até porque foram colocadas assim ao grupo, optamos por ressaltar esse aspecto para exemplificar o que “não se deve fazer” e evidenciar, como assevera Morin (2000, p. 28), que o *imprinting*¹⁷ cultural manifesta-se a toda hora. Em relação a esse aspecto, o autor diz textualmente: “o *imprinting* cultural marca os humanos desde o nascimento, primeiro com o selo da cultura familiar, da escola em seguida, depois prossegue na universidade ou na vida profissional”. Outra manifestação do *imprinting* cultural é nossa forma de redigir. Aprendemos nas primeiras aulas de metodologia científica, no curso de graduação, que em trabalho científico jamais se deveria utilizar o pronome pessoal na primeira pessoa do singular; sempre na primeira pessoa do plural. E isso persiste até hoje. Não nos sentimos à vontade em empregar o eu. Entretanto,

¹⁷ Segundo Morin (2000, p. 28), “*imprinting* é um termo proposto por Konrad Lorenz para dar conta da marca indelével imposta pelas primeiras experiências do animal recém-nascido – como ocorre com o filhote de passarinho que, ao sair do ovo, segue o primeiro ser vivo que passe por ele, como se fosse sua mãe”.

não precisamos nos resignar a esse determinismo, pois Morin (1998) nos conforta assegurando que há brechas e enfraquecimentos no *imprinting* cultural, pelas quais podemos escapar.

Após esse desvio que julgamos pertinente fazer, prosseguimos o relato que estava em curso.

Para encerrar o encontro, experenciamos com o grupo a técnica **Jogo dos Pontos** (Anexo E), que teve por objetivo evidenciar o arraigamento aos limites do instituído, a dificuldade de ultrapassá-los, de ousar além dos mesmos, de enfrentar desafios. Das sete pessoas que tentaram cumprir a atividade, somente uma conseguiu, as demais não conseguiram ir além dos limites dos pontos, representando a dificuldade que temos de romper com o instituído, de alçar novos vãos.

6º Encontro - Um ciclo que se encerra!

Realizamos o sexto e último encontro no dia 04/06/01, com a participação de nove integrantes do grupo, mais a observadora que, nesse dia, compareceu. Ao abrirmos o encontro, fizemos um relato-resumo dos 4º e 5º encontros, os quais foram validados pelos participantes sem nenhuma retificação.

Em seguida, retomamos a discussão sobre limites, que não haviam sido bem entendidos e discutidos no final do encontro anterior, quando realizamos a técnica do Jogo dos Pontos. Voltando ao tema, foi feito o seguinte questionamento: por que a maioria das pessoas, à exceção de uma, não conseguiu realizar a atividade de ligar os pontos?

Na seqüência, para descontrair o pessoal do grupo e com a intenção de explicitar as atitudes e as reações nas situações de tensão que são freqüentes num ambiente de UTIP, aplicamos a técnica **Como Seguir Instruções** (Anexo F), ficando bem evidenciado que, nessas ocasiões, a tendência é fazer mais e pensar ou perceber menos; o que leva as pessoas a trabalharem mais, desperdiçar energia mais que o necessário. A orientação da atividade dizia “leia tudo antes de começar, porém faça tão rápido quanto possível” e a mensagem que ficou mais marcada foi a do faça!

Após este momento, fizemos a exposição do nosso marco conceitual, sendo apresentados os nossos pressupostos e os conceitos, dando destaque aos que apareceram no

decorrer dos encontros. Justificamos esse procedimento por entendermos que poderíamos influenciar o grupo se divulgássemos nossas crenças no início da prática assistencial.

Em seguida, fizemos o encerramento do encontro com a distribuição do instrumento para avaliação individual da prática assistencial (Apêndice E) e fechamos a mesma com a leitura do texto **A Janela** (Anexo G).

Obviamente, o fecho foi acompanhado de um lanche especial e a distribuição de um souvenir para cada integrante do grupo, com nosso agradecimento, sendo aberto o espaço para quem quisesse se manifestar.

Algumas pessoas manifestaram desejo de continuar com os encontros, porém com uma periodicidade de tempo mais alargada, o que obteve concordância geral do grupo.

Nos dias subseqüentes, ainda realizamos entrevista individual com as duas enfermeiras que haviam faltado aos encontros que nos quais tratamos de questões referentes à chefia de unidade. Esse procedimento não havia sido previsto no projeto, entretanto, consideramos importante fazê-lo.

4.4 O registro dos dados

Durante a realização dos encontros, fizemos algumas anotações, mas o conjunto dos registros foi conseguido pelas transcrições, na íntegra, das gravações dos encontros. Depois de transcritos, a cada encontro seguinte, os registros eram validados com o grupo. O mesmo procedimento adotamos em relação às duas entrevistadas.

4.5 A análise dos dados

O conjunto das transcrições dos encontros formou o corpus (BARDIN, 1977) dos dados. Essa construção gradual do corpus (encontro após encontro) permitiu que emergisse uma codificação parcial, crescente, pois nesses momentos (anteriores à totalidade dos dados) também se descobrem ligações significativas entre pessoas, eventos, coisas, classes.

Após a construção do corpus – abstraído dos seis encontros em conjunto com as entrevistas realizadas com duas enfermeiras da unidade do estudo – procedemos à análise dos dados e essa ação ocorreu em dois momentos distintos. No primeiro, que fazia parte do relatório da prática assistencial, os dados foram analisados da seguinte forma: fez-se leitura flutuante do corpus; em seguida, o agrupamento, por intuição, das principais idéias e suas contradições, divergências, nucleando os sentidos e as essências daquele conteúdo. Depois do nucleamento, agrupamos as unidades de significado, que intitulamos de pré-categorias ou temas aglutinadores. Com relação à produção de pré-categorias ou categorias de modo intuitivo nos apoiamos em Moraes (s.d, p. 9), que diz:

chegar a um conjunto de categorias por meio da intuição exige integrar-se num processo de auto-organização em que, a partir de um conjunto complexo de elementos de partida, emerge uma nova ordem. O processo intuitivo pretende superar a racionalidade linear que está implícita tanto no método dedutivo quanto no indutivo. (...). As categorias produzidas por intuição originam-se a partir de inspirações repentinas, insight de luz que se apresentam ao pesquisador a partir de uma intensa impregnação nos dados relacionados aos fenômenos.

E prossegue afirmando: a “(...), intuição (...) traz dentro de si a subjetividade, o foco na qualidade, a idéia de construção, a abertura ao novo” (op.cit).

Uma vez evidenciadas as principais pré-categorias, num total de onze, passamos a descrevê-las, detalhando os conteúdos que faziam parte delas; depois, para discutí-las, buscamos fundamentação na literatura e no marco conceitual.

Passada a defesa do relatório da prática assistencial, voltou-se imediatamente ao grupo da prática para validar as pré-categorias e sua fundamentação, isto é, se faziam sentido, se os temas aglutinadores levantados pela autora eram consistentes e pertinentes com o discutido no grupo.

Sobre esse aspecto, Moraes (s.d, p. 10) afirma textualmente:

um conjunto de categorias é válido quando é capaz de representar adequadamente o conteúdo categorizado, atendendo desta forma aos objetivos da análise que é de melhorar a compreensão dos fenômenos investigados. Quando um conjunto de categorias é válido, os sujeitos autores dos textos analisados precisam se ver representados nas descrições e interpretações feitas.

Ainda, para o autor, também se constrói a validade das categorias ancorando-se no “uso de citações de elementos extraídos dos textos do corpus. A inserção (...) crítica de excertos bem selecionados dos textos originais constitui uma [outra] forma de validação dos resultados das análises” (p. 20). Utilizamos as duas formas neste estudo, e o grupo da prática assentiu, considerando relevante o exposto.

Para o segundo momento deste trabalho (dissertação), nos inspiramos na sistematização proposta por Bardin (1977). Todavia, não nos atemos rigidamente a ela, ou seja, fizemos novamente leitura flutuante; a desmontagem do texto (corpus) ou unitarização (MORAES, s.d) surgindo as unidades de significado (constituídas por frases ou expressões complexas) e o estabelecimento de relações (MORAES, s.d) ou categorização (por semelhança). Esse processo confirmou as onze pré-categorias iniciais e evidenciou outra, totalizando doze categorias (que de agora em diante assim se denominam) ou idéias nucleadoras (MORIN, 1998). As categorias ou “idéias nucleadoras” reúnem os elementos semelhantes; e é no processo de categorização que também se nomeiam e se definem as mesmas. Para Moraes (s.d, p. 12), as categorias “constituem conceitos abrangentes que possibilitam compreender os fenômenos que precisam ser construídos pelo pesquisador”.

Após esse processo trabalhoso de separação e fragmentação de unidades de significado seguido da reunião das semelhanças e construção das idéias nucleadoras ou categorias, conforme Moraes (s.d), produz-se uma nova ordem, uma nova compreensão. Para ele, “a pretensão não é o retorno aos textos originais, mas a construção de um novo texto, um meta-texto que tem sua origem nos textos originais, expressando um olhar do pesquisador sobre os significados e sentidos percebidos nesses textos” (p. 14).

A partir desse ponto, deixamos de seguir os elementos (passos) da metodologia de Bardin (1977), buscando lastro para os conteúdos das idéias nucleadoras (categorias) na literatura pertinente, especialmente em Morin e nos outros autores que compuseram o nosso referencial teórico.

5 OS DADOS QUE EMERGIRAM DURANTE A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Esta sub-seção tem a finalidade de relatar os dados que surgiram durante o desenvolvimento da prática assistencial com um pequeno grupo da UTIP, cujo objetivo geral foi desenvolver um processo reflexivo junto à equipe de enfermagem sobre o cargo de chefe da UTIP, em seu cotidiano, à luz do paradigma da complexidade, a partir da ótica dos sujeitos atores deste subsistema e, por meio dele, buscar subsídios para melhor entender as razões da escassez de enfermeiros interessados em assumir o referido encargo. Questão essa que nos inquieta e é alvo de muitas interrogações na nossa prática profissional. Também, tentar clarificar os dados, pois, em conformidade com Morin (2000, p. 36), “o conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente. É preciso situá-los em seu contexto para que adquiram sentido”.

É um momento especial mas tenso, porque, ao escrevermos sobre uma situação vivenciada, nem sempre conseguimos expressar com fidelidade as emoções, sensações, expressões faciais, entonação de voz, risos que aconteceram nos encontros do grupo. Entretanto, tentaremos fazer uma aproximação o mais fidedigna possível das reflexões e discussões ocorridas no mesmo. Para tanto, agrupamos em partes os dados que emergiram no decorrer dos encontros, levando em consideração o marco conceitual, bem como o suporte teórico.

Também procuramos construir nossas reflexões explorando os aspectos contraditórios, as diversidades, os paradoxos, as singularidades, as aproximações, fazendo agrupamento entre as idéias nucleadoras que contemplassem essas nuances.

5.1 Ordem, desordem e organização

Na discussão e reflexão sobre esse tema, o qual integra os conceitos do paradigma da complexidade e se constitui no esteio da nossa prática assistencial, emergiram expressões interessantes, quando os elementos do grupo da prática conseguiram refletir o nosso cotidiano sob essa ótica, ou seja, da complexidade; sendo que, até o momento, jamais havia aflorado à consciência esse modo de perceber os eventos da vida laborativa bem como os da vida pessoal. Nesse sentido é que estão postos, a seguir, alguns fragmentos da construção reflexiva, como:

*... ordem é tudo seqüenciado, planejado (Safira e Neca);
... tudo no lugarzinho (Violeta).*

Já em relação à desordem, as pessoas expressaram-se assim:

*... a gente tem que saber trabalhar fora de ordem, porque nunca vai estar tudo organizado (Luna);
... as coisas são instáveis, não começam e terminam sempre no mesmo padrão (Neca);
... desordem é uma alteração naquele ritmo normal (Safira);
... sempre que se atua se desordena para se ordenar de novo (Luna).*

Referente à organização, houve expressões como:

*... ordem e desordem é um ciclo contínuo (Neca); e
... os imprevistos alteram a organização (Safira).*

Com referência a essa reflexão, ficamos maravilhados com o grupo, pois não permanecemos na superficialidade, no decorrer da mesma; houve a compreensão de que ordem e desordem são complexas e envolvem várias faces de uma mesma realidade ou fenômeno, o que pode ser evidenciado nos dizeres:

... às vezes a ordem das pessoas, que é diferente uma da outra, se choca e pode causar desordem (Luna).

Essa afirmação feita por Luna vai ao encontro do pensamento de Morin (1982, p. 154), quando pontua: “há várias formas de ordem”, ou seja, existem ordens diferentes para os eventos humanos, biológicos, sociais, físicos, econômicos, espirituais. E ainda surgiu, no grupo, a concepção de que uma realidade extremamente organizada nos engessa, limita, impede a ação, o crescimento individual e coletivo e que ficou demonstrada na expressão:

... às vezes, dependendo da situação, a ordem é um “saco”, que é aquela rotina, acontece uma desordem, coisa bem boa (Luna).

Isso nos reporta mais uma vez ao nosso referencial teórico, quando encontramos ancoradouro nas idéias de Morin (1982, p. 171), que diz: “demasiada ordem asfixia a possibilidade de ação. Demasiadas desordens fazem soçobrar a ação nas tempestades e esta se transforma num puro jogo de azar”.

Concordamos também com o autor (1993, p. 87) quando observa que “a ordem e a desordem, isoladas, são duas calamidades”; e, nos transportando para o foco de estudo, percebemos que o excesso de desordem, conflito, instabilidade, agitações, acidentes e irregularidades são inconcebíveis para a atuação do chefe da UTIP, bem como o excesso de estagnação, constância, regularidades, repetição, rotina e estabilidade. É na combinação, interação de momentos tão antagônicos como de ordem e desordem e ambos se alternando com os de organização, que a criatividade, inventividade, capacidade estratégica e de ação do chefe e da equipe afloram no cotidiano. O que é, novamente, confirmado pelo pensamento de Morin (2001), que reza: “muitos momentos de gênese começam com a destruição; é, pois, esse um processo ambivalente” (informação oral), ambíguo e

contraditório, porque, para Morin (1996b, p. 250), “a criação só é possível através da desregulação”.

No final da reflexão sobre os conceitos supramencionados, a conclusão do grupo foi que ordem são as coisas rotineiras, mais estáveis, dentro do esperado, do previsto, do determinado, do planejado; e desordem são aquelas coisas imprevistas, inesperadas, sem explicação muitas vezes, os atrapalhos que acontecem. Já a organização está sempre se alternando entre ordem e desordem.

5.2 Sentimentos frente às desordens, aos imprevistos...

Há um longo embate entre as teorias científicas, filosóficas e psicológicas sobre a distinção entre emoção e sentimento. Após uma exposição de várias correntes defendidas por filósofos em relação à emoção, fizemos um recorte que conceitua emoção, conforme Abbagnano (1998, p. 311), como sendo “qualquer estado, movimento, ou condição que provoque no animal ou no homem a percepção do valor (alcance ou importância) que determinada situação tem para sua vida, suas necessidades, seus interesses”. Para Ferreira (1999, p. 737), emoção é uma “reação intensa e breve do organismo a um lance inesperado, a qual se acompanha dum estado afetivo de conotação penosa ou agradável”. Em Abbagnano (op. cit, p. 878), encontramos a noção de sentimento “como capacidade de apreender o valor que um fato ou uma situação apresenta para o ser que deve enfrentá-la”.

Já para as autoras Aranha & Martins (1993, p. 347), “emoção designa um estado psicológico que envolve profunda agitação afetiva”, enquanto que o sentimento “é uma reação cognitiva, de reconhecimento de certas estruturas do mundo, cujos critérios não são explicitados. É percepção das tensões dirigidas. O sentimento é conhecimento porque esclarece o que motiva a emoção; esse conhecimento é sentimento porque é irrefletido”.

Ao refletirmos, com o grupo, que reações manifestamos diante dos imprevistos, acasos, situações inesperadas, desordens, agitações uma gama de sentimentos emergiram, e algumas pessoas expressaram-se assim:

... *senti receio, medo (Tina);*

... a gente fica ansiosa, apreensiva diante de uma situação que não se conhece (Inha);

... não tive medo porque foi apresentada por uma pessoa conhecida, que não me faria mal (Luna);

... nem tudo que parece é (Violeta);

... no cotidiano aparecem imprevistos que tu tens que enfrentar e tomar decisão e aí qual decisão tomar? Tu não sabes, vais tateando (Flávia);

... com o desconhecido tu vais com mais ansiedade, receio (Violeta, Inha);

... às vezes tu tateias no escuro (Luna).

Percebemos também que para uma mesma situação ou categoria de eventos as reações das pessoas se manifestam de forma diversa e até contraditórias, como ficou evidenciado nos fragmentos seguintes:

... senti vontade de explorar mais, curiosidade em identificar as coisas (Luiza);

... a gente pode sentir medo, surpresa, curiosidade, prazer (Tina, Safira).

Mas, no íntimo de todos nós, seres humanos, as desordens, os acasos, os imprevistos, as instabilidades e incertezas trazem apreensão, angústia, medo, pois sempre que se apresentam pisamos num terreno movediço, desconhecido, desconfortável e que não sabemos onde pode nos lançar; se na terra firme e ensolarada ou num fosso escuro e aterrorizador. Com relação a esse aspecto, Morin (1996a, p. 276) reitera que:

no fundo, gostaríamos de evitar a complexidade, gostaríamos de ter idéias simples, leis simples, fórmulas simples, mas isso é cada vez mais insuficiente. Confrontamo-nos com algo em que a dificuldade estará sempre presente, pois estamos na era planetária e tudo o que ocorre num ponto do globo pode repercutir em todos os outros pontos do globo.

E a fórmula para enfrentar, no nosso cotidiano, os imprevistos, acasos, previsibilidades, enfim, a complexidade, segundo o autor, é “aprender a viver com a incerteza e não, como nos quiseram ensinar há milênios, a fazer qualquer coisa para evitar a

incerteza. Certamente é bom ter certeza, mas se é uma falsa certeza isso é muito ruim” (p. 285). Portanto, pode ser instigante estarmos abertos às áleas, dificuldades, imprevistos, uma vez que esses elementos da complexidade nos remetem à vida. E para o viver não há receitas estanques. Cada um vive a sua vida de acordo com seus limites, possibilidades, crenças, cultura, visão de mundo...

5.3 O serviço de enfermagem da UTIP e os serviços de apoio

Conforme as considerações do grupo de estudo quanto aos serviços de apoio da instituição, nota-se descontentamento em relação a vários deles, pois parece não haver entendimento, por parte de alguns desses serviços, que a sua ineficiência ou ineficácia afeta diretamente os serviços que estão na linha de frente, especialmente o de enfermagem, o qual permanece as 24 horas do dia junto do paciente e familiares. Nesse aspecto, houve várias manifestações dos integrantes do grupo da prática; selecionamos algumas, para explicitar a opinião deles:

... sim, a outros serviços, porque tu pedes um serviço para manutenção, a manutenção não resolve e aquilo vai se prolongando, é o material que não vem, que está faltando, então o problema é lá embaixo, no setor de compras, o pessoal das compras que não resolve o problema, mas no fim, és tu na frente, ah não tem tal coisa, então é a chefe que não está providenciando (Estrela);

... acho que o que incomoda também, é a morosidade dos outros serviços em fornecer informações, às vezes tu só fizeste uma pergunta e essa resposta leva dias para se obter; e também, às vezes, chega alguma coisa que estava faltando e não te avisam; os atestados, o aviso chega quando as pessoas já estão retornando do mesmo, se elas próprias não avisam a unidade que estão doentes, tu ficas sem saber. Então, essa deficiência de informação atualizada é terrível (Flávia).

Isso, no entendimento do grupo de reflexão, dificulta o desempenho do chefe, como referem Safira e Flávia, respectivamente:

... a gente tem satisfação em trabalhar, quando a gente é atendida e consegue mostrar o teu trabalho; é lógico que a gente fica insatisfeita nessas situações, parece que tu não fazes nada;

... então repercute diretamente no trabalho da chefia e da unidade;

pois o serviço de enfermagem da UTIP e o exercício da chefia desta dependem dos serviços de apoio.

Sobre esse aspecto, Bellato & Carvalho (1998, p. 80) pontuam que

o grupo de enfermagem sofre, sobremaneira, com essa 'crise' [de recursos financeiros], visto que, nas atividades diversificadas que compõem o seu trabalho cotidiano, acaba tendo que criar formas alternativas para enfrentar situações, nas quais muitos materiais e equipamentos necessários ou não existem ou estão em péssimo estado de conservação.

Essa questão não é inusitada, já foi pontuada no trabalho de Bellato & Carvalho (1998), de Siqueira (1998) e de outros autores, como um dos fatores limitantes, impeditivos ou dificultosos ao serviço de enfermagem em geral. A UTIP não fica incólume a esse problema. Porém, não é privilégio da área hospitalar tal evento, apesar de ser muito evidente pelas características específicas desse setor de serviços, ou seja, de trabalhar nas situações humanas limites, paradoxais, como nascimento, dor, sofrimento e morte.

Na nossa revisão de literatura, Gianesi & Corrêa (1996) chamam atenção para a importância dos serviços de apoio terem conhecimento da missão do seu serviço, cujo objetivo é atender o cliente final, sejam eles outros serviços ou o paciente e sua família, quando se trata do contexto da saúde e, neste caso, da UTIP.

No nosso entendimento, esses problemas poderiam ser minimizados, se na instituição todos os serviços fossem cuidados e compreendidos como pertencentes a um sistema aberto e complexo (MORIN, 1982) e entre os quais existe dependência, interdependência e autonomia. Sofrem influência do contexto e o influenciam, bem como do ambiente. Então, na busca de soluções, se poderia iniciar pela discussão em grupo, isto é, entre os integrantes que constituem os serviços da organização, e assim começariam a fluir as alternativas, aos poucos, à medida que os mesmos internalizassem a sua missão e a dos serviços fins e, por consequência, da instituição; isso tornaria mais fácil o exercício da chefia para os enfermeiros-chefes das unidades e da UTIP.

5.4 Disciplina de enfermagem e interdisciplinaridade

Imbuídos em proporcionar ao grupo do estudo uma observação atenta às diversas facetas que interferem na chefia desta unidade de enfermagem, no transcorrer de uma reflexão, desvelou-se a problemática da interdisciplinaridade; quando Safira, Luiza, Luna e Estrela se manifestaram assim:

... a falta de interdisciplinaridade dentro da UTIP atrapalha a chefia, cada um faz o que lhe cabe sem integrar um com o outro, existem problemas que na verdade nunca foram resolvidos porque não se trabalha interdisciplinarmente na UTI;

e, então,

... é preferível a gente fazer o trabalho da gente mesmo, o trabalho assistencial com o paciente e não se envolver com essas questões.

Nessas expressões, está explícito como a falta de interação, a qual foi conceituada no marco referencial, dificulta o trabalho cotidiano da equipe de enfermagem e da chefia. Essa concepção é fruto do nosso sistema de educação, que separou o global em disciplinas e estas em compartimentos distintos como o da matemática, da física, da história, da geografia (MORIN, 2000), o mesmo ocorrendo na área da saúde, surgindo as disciplinas da medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, administração em saúde, entre outras, todas atuando dentro da sua especialidade e, assim, emergindo a hiperespecialização¹⁸; esta, conforme o autor indica, “impossibilita de apreender o que está tecido junto” (p. 41), ou seja, o complexo, fazendo com que “o enfraquecimento da percepção do global conduz[a] ao enfraquecimento da responsabilidade (cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada), assim como ao enfraquecimento da solidariedade – cada qual não mais sente os vínculos com os seus concidadãos” (p. 40-1).

Concordamos com a visão do autor, porque essa modalidade de perceber o mundo nos dificulta de pensar complexamente os fenômenos da vida pessoal, do trabalho cotidiano; e, como refere Morin (1993, p. 86), “tudo o que é humano é ao mesmo tempo

¹⁸ Para Morin (2000, p. 41), hiperespecialização é “a especialização que se fecha sobre si mesma, sem permitir sua integração na problemática global ou na concepção de conjunto do objeto do qual ela só considera um aspecto ou uma parte”.

psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que esses aspectos não sejam separados, mas concorram para uma visão poliocular”. Dentro dessa perspectiva, faz-se necessário que a equipe de saúde, a equipe de enfermagem e, sobretudo, o enfermeiro-chefe tenham a compreensão da premência de ser um generalista-especialista, como muito bem recomenda Schramm (1996, p. 186-7), afirmando que o desafio de um generalista especializado é

(...) em primeiro lugar, [o] domínio d[a] especialização, tarefa imposta ao seu saber-fazer pela diferenciação funcional da sociedade e do próprio conhecimento, pelo impacto da tecnociência no mundo vivido e o fenômeno concomitante da obsolescência que afeta tanto os produtos quanto os projetos, assim como pela dinâmica competitiva do mercado de trabalho, as lutas das corporações, das nações e blocos econômicos. Mas, por outro lado, essa especialização (...) vem sendo reconfigurada (...) pela emergência de novas disciplinas como (...) biologia molecular, as biotecnologias (...) a bioética, introduzindo as dimensões do espaço e do tempo (...); [e] a nova configuração do saber-fazer parece suscitar também a necessidade de reconstruir uma certa compreensão do global (...)

inter-relacionando-o com o particular.

Nessa concepção, seria interessante que o enfermeiro conseguisse fazer uma união em pontilhado entre os dois aspectos. Segundo Nitschke (1999, p. 172), o enfermeiro é um exemplo significativo de profissional híbrido, dando a seguinte noção de profissional híbrido:

é o profissional que não abandona a sua formação de base, mas vai sucessivamente integrando outros aspectos no seu conhecimento, no seu agir, os quais num primeiro olhar seriam caracterizados como de outras profissões. Invasão? Não! Integração. Complementaridade, pois o conhecimento é amplo e não consegue ser limitado a determinados compartimentos.

E Morin (1996a, p. 276) reitera essa dimensão, dizendo que “não se pode viver sem idéias gerais, e refiro-me às que concernem à natureza do homem, da vida, da sociedade”. Se assim for, acreditamos que muitos dos problemas interdisciplinares que acontecem na UTIP tenderão para a resolução no decorrer do tempo.

5.5 Relações verticais e relações horizontais no cotidiano de trabalho

Para os integrantes do grupo de reflexão, essa questão é de extrema importância e suscitou um longo debate, mostrando várias facetas que se resumem numa maior, que é a idéia nucleadora mencionada acima. Diríamos, então, que é uma questão poliédrica, com diversas implicações.

Os participantes, unanimemente, afirmam que a Direção de Enfermagem - aqui compreendido o Staff Administrativo do Serviço de Enfermagem - representa muito bem o Serviço de Enfermagem da instituição nas instâncias superiores da universidade, como dentro do próprio hospital, e que, com o organograma atual, o mesmo conquistou espaço, posição, respeito e poder ao igualar-se hierarquicamente às demais direções que compõem a Direção Executiva - Direx da organização, como ficou demonstrada nas seguintes falas:

... vocês lembram que há um tempo atrás eles queriam que a enfermagem voltasse de novo a ser subordinada à direção clínica (Safira)?

... eu acho que seria muito difícil as chefias chegarem direto à direção, porque são várias unidades, é muita chefia, seria sobrecarga (Safira, Neca);

... o organograma não precisa mudar, eu acho que a gente conseguiu mais força que no antigo, o que precisa mudar é a maneira de agir das pessoas que estão lá (Safira, Neca).

Contudo, quando se trata da atuação da Direção de Enfermagem (diretora e vice-diretora) frente à equipe de enfermagem da UTIP, há concordância geral do grupo de que a mesma mantém-se distante dos funcionários, numa relação hierárquica indireta, permanecendo enclausurada na sua sala. Ainda, o mesmo refere não saber o que acontece no hospital, quais as atividades, planos, metas do Staff de Enfermagem, o que pode ser evidenciado nas manifestações pontuadas pelos membros do grupo:

... não seria o caso da direção vir até nós (Tina)? Risos do grupo e manifestações: al tu estás querendo demais (Violeta, Pavonia, Neca) e (Tina) insiste, por que não, de vez em quando?

... não precisaria a diretora vir, (...) todo o dia, mas venha ouvir um pouquinho, se tem algum problema, (...), de vez em quando (Estrela);

... eu acho a direção muito longe, que tinha que chegar mais perto, todo o funcionário tinha que ser mais ouvido, não só nós, enfermeiras, ou chefes, todos tinham que ter mais acesso (Safira);

... assim, gurias, também a gente não está do outro lado, não sei como é que é (Safira).

... bem gurias, talvez elas não consigam fazer mil coisas ao mesmo tempo (Inha).

Nesses últimos fragmentos, percebe-se que não tendo conhecimento da realidade cotidiana enfrentada pelo Staff da Enfermagem, começam a fazer conjecturas e criar fantasias sobre a atuação da Direção, o que poderia ser evitado com pequenas ações, como sugere Flávia:

... eu também concordo com o grupo, também acho que, no mínimo duas reuniões por ano deveriam ser feitas. Convidar todos os funcionários de enfermagem do hospital para dizer o que a direção fez ou está fazendo. Quais são os planos.

Em virtude desse modelo de atuação, os funcionários sentem-se preteridos, abandonados e surgem questionamentos, como os indicados por Tina e Estrela respectivamente:

... por que pra nós funcionarmos aqui, alguém precisa cuidar da gente e quem está cuidando de nós?

... falam tanto em humanização, mas eu não vejo humanização, para o funcionário não tem. Só palestra para dar impressão que estão fazendo alguma coisa. Na prática, não existe nada disso. Fala-se em humanização, mas é só na assistência de enfermagem. O funcionário tem que ser humano, tem que ver o paciente como um todo, tem que ser cordial, não sei mais o quê. Mas ele é humano também, quem cuida dele? E os problemas dele? Não se fala no salário, que é irrisório, não se considera o lado do funcionário. Está sendo visto só o lado do paciente, paciente, paciente. Se fala em ética, mas é ético o que estão fazendo com os funcionários? Essa sobrecarga de horas extras e bolsas, tudo em nome da colaboração com a unidade, com os colegas. Será que a direção não se dá conta que os funcionários são esses, que, saindo eles, não tem como substituir, contratar, como nas empresas privadas; então, tem que cuidar desses que estão aqui!

E como não encontram respostas verbais e, sobretudo, ações concretas em relação ao grupo, pois as poucas existentes, na maioria das vezes, premia o chefe da unidade, os elementos da equipe vão se recolhendo em si mesmos, muitos se tornam taciturnos, acomodados na rotina diária e não sentem motivação para sair da mesmice, consideram-se vítimas do sistema, da vida, do destino; e, sendo o sentimento de desvalorização crescente, em alguns casos, repercute até na vida privada deles.

Sob este aspecto, Moscovici (1996, p. 14) considera que “a maior riqueza de uma organização são as pessoas que nela trabalham. O investimento de peso não deve ser exclusivamente em tecnologia e sim, paralelamente e na mesma proporção, no sistema humano, em saúde e educação”.

Para a autora, saúde na organização significa prover condições de trabalho adequadas às necessidades das pessoas e que assegurem bem-estar físico, psíquico, ético, espiritual. E educação na organização significa priorizar condições de aperfeiçoamento, capacitação no trabalho, bem como potencialidades individuais e coletivas. O cuidado permanente com o crescimento dos indivíduos integrantes da equipe para que eles sintam que o seu trabalho é não só reconhecido, como também é um meio de realização pessoal e que principalmente, suas próprias metas só serão atingidas se trabalharem em conjunto de forma compartilhada, é reiterado por Fandiño (1997) e Bittencourt (1997). Uma outra maneira de cuidar da equipe de enfermagem seria disseminar as informações e não retê-las, tendo para isso a consciência de que o conhecimento é um fenômeno social e, portanto, deve ser socializado com os indivíduos ao invés de ser transmitido verticalmente para os indivíduos, e estabelecer um processo, como afirma Poletto (1999, p. 65), “de abertura para ouvir e deixar falar, oportunizando a participação integrativa”, que se traduz no processo comunicativo.

Nesse sentido, muitas organizações públicas e privadas estão se tornando permeáveis à prática de ações que levam em conta a co-evolução dos seus clientes internos e externos. Como exemplo, poderíamos citar o programa “Vivendo e Trabalhando Melhor” implantado na Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário – HU (UFSC), no qual um dos objetivos é buscar a otimização da qualidade de trabalho e de vida dos trabalhadores de enfermagem no cotidiano institucional (LEITE; FERREIRA, 1997).

Em contrapartida, o grupo assevera que as relações de trabalho dentro da UTIP são mais horizontais; e isso foi demonstrado várias vezes no transcorrer da reflexão e elencamos algumas falas, como exemplos:

... acho que melhorou muito, bastante, o pessoal colabora, a coisa antigamente era mais complicada. Era mais difícil conseguir as coisas, parece que agora temos mais facilidade. Tinha chefe que se tu puxasse bem... tu conseguias tudo, desde privilégios na escala (Violeta);

... aqui na UTIP, podemos ficar contentes, porque a gente tem liberdade para falar as coisas, dizer o que a gente acha que não está bem. Quando temos problemas, as gurias (enfermeiras) tentam ajudar. Se tu não estás bem, sempre tem alguém que vem falar contigo. O pessoal tem sensibilidade na maioria das vezes (Luiza, Pavonia, Inha).

Evidenciam-se, nas falas descritas, os sentimentos ambivalentes vivenciados pelos sujeitos ao sentirem-se à margem do global e então sentimentos de desmotivação, desvalorização, inferioridade vêm à tona; mas, ao mesmo tempo, na UTIP, sentem-se incluídos, benquistos e apoiados, na maioria das situações. Muitas vezes, os sujeitos não compreendem essa dualidade de sentimentos e emoções que emergem no ambiente de trabalho e pensam que eles estão desarticulados do contexto, como pontua Moscovi (1996, p. 29); então, “o grupo se volta para o seu interior, ocupando-se de suas atividades e desligando-se do mundo exterior, tanto quanto possível”, o que favorece a alienação, a inércia e o aparecimento duma realidade fantasiosa.

5.6 Luz e sombra no contexto da UTIP

As relações pessoais, grupais, intergrupais nas organizações, desde muito são percebidas pelos estudiosos e, dentre eles, Moscovici (1996), como tecidas por um emaranhado de sentimentos, emoções, as quais formam uma verdadeira teia com múltiplas dimensões polares, ambivalentes, portanto, complexas (MORIN, 1982). Esses aspectos podem estar relacionados ao indivíduo ou a grupos pertencentes à organização.

Sob essa visão, pode-se afirmar que dentro da UTIP as relações, interações, interconexões se processam da mesma forma, ou seja, são os aspectos claros, objetivos,

diretos, racionais, visíveis, produtivos que são aceitos e discutidos por todos na unidade; mas os aspectos sombrios, como competição, inveja, agressividade, coerção, punições (muitas delas disfarçadas), estes são escamoteados (MOSCOVICI, 1996) e não se discute francamente com a equipe de enfermagem, apesar de, no discurso, essa possibilidade ser reafirmada; isso fica aparente na fala de Neca

... talvez eu não expressasse francamente o que eu penso, porque tu sabes é difícil, as pessoas não aceitam, (...), mas na verdade tu não podes falar tudo o que tu pensas, porque se falas tu crias um grande atrito, então, tu falas até o momento em que tu te censuras e tu páras. No momento em que tu te abres, tu resolves te mostrar um pouco mais, tu até te arrependes, então, tu ficas naquela situação, fica muito quieta e se fecha, ou fica ansiosa, arrependida por ter falado porque tu podes falar, desde que tu não fales tudo o que tu pensas, (...) mas eu sinto assim, sinto que a gente tem liberdade até ali, tu não podes, mesmo que a gente esteja sendo autêntica, tu não podes porque não é uma coisa aceitável.

No fragmento pontuado, nota-se que a dualidade dos aspectos iluminados e sombrios se fazem presentes, o que é confirmado pela autora citada acima, que afirma:

muitas mensagens explícitas encerram outras implícitas, em geral discordantes, que exigem habilidade e intuição para afastar-se do conteúdo (...) aparente e chegar a decifrar o conteúdo latente psicológico (...). Este desvenda as verdadeiras normas de conduta adotadas, os valores perfilhados, a ideologia real da organização, muitas vezes bastante distinta daquela proclamada nos pronunciamentos oficiais, orais e escritos (p. 20);

e prossegue assegurando que no discurso, por exemplo, incita-se: “fale francamente o que pensa”; porém a prática mostra outra realidade, ou seja, “sinceridade não compensa (gera incompreensão, ressentimento e inimigos)” (p. 20). Para exemplificar, está posto na seqüência um quadro evidenciando os aspectos luz e sombra que habitam as instituições.

QUADRO 3 - A metamorfose das mensagens organizacionais.

O DISCURSO	A PRÁXIS
Respeito pela pessoa humana em primeiro lugar	Respeito pela pessoa, quando possível, em seu devido lugar
Minha porta está sempre aberta	Ai de quem se atrever a passar esta porta (só alguns escolhidos)
Trabalhe arduamente e será recompensado	Seja esperto
Seja honesto	Não se deixe apanhar em falta
Transmita sua experiência	Deixe o outro aprender dando cabeçadas, como eu dei
Coopere com seus colegas – a união faz a força.	Por que promover os outros?

Fonte: Moscovici (1996, p. 20).

Percebemos que essa ambivalência não é privilégio das grandes corporações e que ela se faz presente na nossa instituição, no nosso local de trabalho, na nossa vida cotidiana. Mas, como pertence à área escura das organizações, não é discutida, não é aceita, permanecendo encoberta na realidade institucional.

5.7 Assistência direta ao paciente e administração da assistência de enfermagem

Ao abordarmos com o grupo as possíveis facetas que desestimulam os enfermeiros a assumirem a chefia da UTIP, deparamo-nos com a ambigüidade existente na prática dos mesmos, entre o cuidado direto ou a assistência direta prestada ao paciente e a administração da assistência de enfermagem.

Há muito tempo que o debate sobre esse tema está acontecendo no seio da enfermagem brasileira. Diríamos que há mais de 30 anos, conforme Trevizan (1988), e, no entanto, nos parece que está longe de acabar a controvérsia em relação a ele. Se, por um lado, tem transformado a prática de alguns enfermeiros, fazendo com que eles repensassem a sua adesão exacerbada à função administrativa burocrática em detrimento da assistência direta ao paciente e do próprio processo administrativo centrado no paciente, por outro

lado, essa polêmica tem levado muitos enfermeiros a conviverem com conflitos interiores permanentes, no seu cotidiano profissional, como ficou demonstrado nos fragmentos postos a seguir:

... temos a carga assistencial muito forte, por isso é difícil a administração, a chefia (Neca);

... eu já assumi a chefia,(...), e particularmente não gosto. Não gosto porque tu deixas de fazer, atender o paciente, para ir atrás dessas outras coisas. Claro que entendo que faz parte do trabalho da enfermeira (Luna);

... o chefe não sai inteiro da UTIP, porque deixa seu trabalho na unidade, embora saiba que tem que ir aos compromissos que são para ele (Safira);

... não é uma postura tranqüila, a de chefe (Luna, Safira).

Sabe-se que a clivagem existente entre a teoria e a prática (DEJOURS, 1996) traz conflitos interiores, sentimentos de culpa, de inadequação, de incompetência, de não estar contribuindo para o engrandecimento da profissão e, sobretudo, a sensação de não fazer o melhor pelo paciente. Sobre esse aspecto, Machado (2000, p. 8) pontua que “um dos maiores conflitos enfrentados pelos enfermeiros é a conciliação do aspecto administrativo, assistencial e de liderança”. Então, como assevera Dejours (1996), entram em processo de sofrimento, o qual pode se tornar patológico, fazendo com que doenças somáticas ou psíquicas eclodam, afetando as pessoas do espaço organizacional e as do espaço doméstico, conjuntamente.

Para o autor, a forma de transformar o sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende essencialmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde as opiniões e perplexidades dos sujeitos possam ser colocadas para o grupo, estando também a gerência presente; e resume o seu pensamento dizendo que “a transformação do sofrimento em criatividade passa por um espaço público na fábrica¹⁹. Em troca, cada vez que o espaço público tender a se fechar, a criatividade estará ameaçada” (p. 171).

Em relação a esses sentimentos, faz-se necessário que os enfermeiros-assistenciais e os enfermeiros-docentes reflitam conjuntamente o problema, pois, como assinala Trevizan (1988), dentre outros autores, não devemos continuar insistindo no discurso

¹⁹ Aqui é entendido “fábrica” como o ambiente, a organização na qual o sujeito desenvolve a sua atividade.

ideológico de uma prática do enfermeiro voltada inteiramente à assistência direta ao paciente.

Nesse aspecto, a dimensão do problema nos parece mais ampla e complexa; há que se levar em consideração a questão do mercado de trabalho desse profissional, que na realidade hospitalar brasileira não premia o paciente com cuidados de enfermagem prestados somente por enfermeiros, nem mesmo nas UTIs – local em que estão concentrados os pacientes com agravos de saúde que põem em risco suas vidas.

E se eles não aceitam essa imposição do mercado de trabalho, são excluídos; então, como fica a questão da sua subsistência e a dos seus? Porque, como profissional que o enfermeiro é, é por meio dela que ele e sua família subsistem.

Em relação a esse aspecto, para a profissão “enfermagem” interessa ter um contingente de excluídos? Ou o importante é ter inserido, na área da saúde, um conjunto de enfermeiros que sejam críticos, reflexivos; isto é, que ousem reinventar a prática de enfermagem no seu cotidiano, aos poucos, num processo lento e inacabável, sem absolutizar verdades?

Dentro desse contexto, nosso entendimento é que também na academia seria relevante focalizar o problema da assistência direta ao paciente e da administração da assistência de enfermagem sob uma ótica mais abrangente, sem priorizar o primeiro em detrimento do segundo, como pontuam Lunardi Filho & Lunardi (1996, p. 25), ao afirmarem:

(...) parece-nos, por um lado, [que] há uma nítida tendência dos órgãos e agentes formadores de enfermeiros à negação da administração como parte do trabalho da enfermagem e, por outro, uma busca de valorização do papel assistencial, como se ambos fossem auto-excludentes e incompatíveis, não podendo ser complementares e, até, desejáveis,

pois, ambas não são objeto do trabalho do enfermeiro? A quem cabe a organização do trabalho e a administração da assistência de enfermagem, se não ao enfermeiro?

Pensamos que a questão é: que tipo de administração é exercida pelo enfermeiro? Ele participa, tem voz e voto no processo administrativo que concerne sua área de atuação ou a ele tem restado a coordenação operacional das decisões tomadas por outras áreas e,

até mesmo, pelas instâncias superiores do serviço de enfermagem? Se isto ocorre, quais as formas de instrumentalizar os enfermeiros a fim de tornarem-se sujeitos atuantes de sua prática administrativa?

Nesse sentido, Gonçalves (1994, p. 183) refere em seu estudo que os chefes dos centros de saúde (médicos sanitários) fazem “escassa utilização das ciências administrativas”. Diríamos que o mesmo ocorre com os enfermeiros de maneira geral, ou seja, fazemos um pouco uso do processo administrativo, centrando-nos apenas em alguns elementos (controle e supervisão geralmente) e não raras vezes de forma intuitiva. E, alguns enfermeiros chegam até a desconhecer o processo administrativo.

Importante ressaltar aqui que não estamos defendendo a primazia da função administrativa do enfermeiro sobre a assistência direta ao paciente, porque ambas, na nossa concepção, contribuem para o benefício do paciente; e, nesse sentido, compartilhamos com o pensamento de Patrício (1996, p. 69), que afirma: “(...) administrar é processo de cuidar indireto, porque quando você está planejando, organizando, coordenando..., você está pensando, elaborando atividades que visam a qualidade da assistência (dos cuidados), a qualidade da vida (o bem viver) dos seres humanos seus clientes”.

Se nós, enfermeiros docentes ou assistenciais, chefes ou não, internalizarmos a citação da autora, entendermos que temos mais de um objeto de trabalho (quantos?) e tivermos o discernimento de não nos arraigarmos exclusivamente a um, assim perdendo a visão do global e a percepção de que o que torna interessante o trabalho da enfermagem são justamente os aspectos da diferença, do pluralismo, do diverso, do múltiplo que estão imbricados nele; então, os enfermeiros tenderão a diminuir o conflito interior por assumir a chefia da unidade e desempenhar a função de articulador (administrador) da assistência de enfermagem e sentirem-se como Luna refere:

... porque a gente acumula função, sobrecarga, tu és enfermeira assistencial, a gente só soma. Na unidade tu tens que fazer tudo o que é da enfermeira e, ainda mais, todas essas outras atividades burocráticas que é do cargo, ir às reuniões.

5.8 O poder mantido na área sombria

Parece-nos que o problema do poder para a enfermagem e para os enfermeiros é uma questão controversa, não discutida, debatida e quando se fala nele, o fazemos de uma maneira pejorativa. Negamos que ele existe e que nós, profissionais da enfermagem, temos e exercemos poder sobre os pacientes, os familiares, os colegas, a equipe de enfermagem e os demais profissionais que se relacionam conosco, cotidianamente no trabalho. Quando se trata da chefia, não é diferente, chega a ser um paradoxo negá-lo, pois, formalmente, na estrutura organizativa das instituições e serviços, o cargo de chefe traz no seu bojo a face do poder e da autoridade; no entanto, o enfermeiro imagina que pode exercer o cargo deixando-os de lado. Isso ficou bem marcado, como mostra a fala de Safira:

... eu vejo que tem pessoas que têm prazer em ser chefe, porque elas sentem o poder nas mãos, que acham que tendo um cargo de chefia o ego vai lá no céu quando sabem que têm poder, então, na verdade são pessoas que se sentem bem com chefia. Eu não vejo assim. Tem gente que tem prazer em assumir a chefia.

Sob esse aspecto, Leite & Ferreira (1997, p. 1) dizem que há um “preconceito socialmente instalado sobre o exercício da autoridade”, o qual é resquício do longo período de regime militar vivido no Brasil e fruto da contra-corrente da educação repressiva. Prosseguem os autores que, no caso da enfermagem, especificamente, esse encobrimento da autoridade parece também estar ligado ao fato de os profissionais almejarem distanciar-se da imagem da enfermeira-coronel, ou seja, daquela figura de enfermeira (mulher) feia, assexuada, mandona, muito severa, vestida com uniforme e touca antiquados, bem como da irmã de caridade, que são as imagens mais veiculadas da profissão à sociedade.

Os autores dizem, textualmente:

assim, o receio de ser acusado de autoritarismo abre grande brecha para as atitudes permissivas na liderança dos grupos institucionais. Pessoalmente, aqueles que ocupam cargos que evidenciam o exercício da autoridade são inibidos pelo receio de parecerem autoritários, ou mesmo se sentem culpados quando se vêem obrigados a tomar determinadas atitudes e decisões (p. 2).

Nessa mesma perspectiva, Machado (2000, p. 8) pontua que “o enfermeiro tem dificuldade de se ver como um líder e de entrar em contato com sua força e seu poder”; quando assume determinadas ações profissionais, o conflito se instala, como evidenciado nessas falas:

... o pior para o chefe é quando tem que chamar atenção de alguém ou conversar sobre coisas que não estão bem, isso é horrível (Sáfira, Flávia);

... alguém tu acabas descontentando (Estrela);

... exatamente, quando tu não queres ferir ninguém, acho que nem Deus agrada todo mundo, mas a gente que tem dificuldade para, assim, essa postura de querer agradar todos, não quer magoar ninguém, então para a gente é difícil, porque alguém sempre sai descontente (Sáfira).

Nesses fragmentos, é claro o conflito experienciado pelos enfermeiros diante das desordens cotidianas e, com relação a isso, Leite & Ferreira (1997, p. 2) asseveram: “a culpa do gerente [chefe] diante de determinadas decisões profissionais e institucionais pode desencadear um processo lento e penoso de dificuldades relacionais no ambiente de trabalho”. Acompanhando essa linha de pensamento, Gonçalves (1994, p. 149) pontua que “todo trabalho desempenhado coletivamente por divisão de funções implica necessariamente um posto de trabalho que cuide para que o conjunto se mova (...) em direção ao produto (...)”. E, ao fazermos uma aproximação com a pesquisa desse autor, que identificou que as relações de trabalho dos médicos sanitaristas (chefes dos centros de saúde) com os médicos consultantes “são relações pessoais, informais, de todo modo avessas à interferência no conteúdo técnico do trabalho” (p. 159), pode-se afirmar que entre os enfermeiros ocorre de maneira semelhante, sendo reafirmado por Leite & Ferreira (1997) no seu estudo realizado no HU – UFSC com os enfermeiros da área gerencial. Isso parece evidenciar a existência de uma confusão no imaginário das pessoas a respeito do poder e da autoridade, favorecendo o aparecimento de atritos, relações pessoais tensas, descontentamentos no cotidiano de trabalho, quando se nega a compreensão, como refere Gonçalves (1994, p. 153), de que “o controle do processo de trabalho é uma condição essencial à realização do mesmo em qualquer condição” (grifo nosso). E não o controle

opressivo sobre as pessoas, apesar de que haverá controle sobre elas, ainda que mínimo, quando se controla adequadamente os processos de trabalho.

No entanto, o grupo necessita que a autoridade seja reconhecida e exercida, e essa faceta foi demonstrada em muitos momentos, no transcorrer da construção da prática assistencial. Faremos referência a alguns deles:

... eu acho que o chefe tem que ser justo, ser firme, o chefe não pode passar a mão em quem está errado em detrimento de quem está certo, acho que as coisas estão invertidas, mas o chefe tem que ser firme na medida que for necessário (Neca);

... para mim o chefe deve ser compreensivo, que tenha pulso (firmeza), confiabilidade (Magaly);

... o chefe precisa saber colocar limites quando a situação se apresenta (Flávia);

... ter pulso não é só em termos de pessoal é, também, em termos de material, às vezes tu precisas das coisas (Luiza);

... o chefe deve assumir a sua posição, não se abaixar demais (Luiza).

Sob essa ótica, Gonçalves (1994, p. 206) pronuncia-se assim: “não há como conceber um trabalho coletivo, qualquer um, que não precise necessariamente de ser controlado e supervisionado ao mesmo tempo, do ponto de vista técnico”. Segundo o autor, o que parece incomodar esses profissionais é o significado social da direção do trabalho.

Se, por outro lado, o chefe deixa de tomar decisões ou posterga demasiadamente a tentativa de resolução ou a resolução das diversas situações-problema, isto não é entendido pelo grupo como um chefe (líder) democrático, que não esteja querendo usar a autoridade que o cargo lhe confere, mas sim, como uma fragilidade, um defeito, uma incompetência profissional, como foi ponderado por Neca e Inha:

... não sei se isso é medo de ter enfrentamento com o funcionário, piorar as coisas ou se é omissão mesmo;

... o chefe deve ser atuante, não adianta na hora do difícil, como numa parada deixar para os outros.

Nós, juntamente com a equipe de enfermagem, precisaríamos refletir criticamente sobre esse assunto e perceber com clareza que a atitude de acobertar o poder e ou autoridade trazem insatisfação e dificuldades, porque ele existe entre as pessoas e nas organizações. Sobre esse aspecto, Moscovici (1996) indica que, às vezes, nos níveis hierárquicos mais elevados, a disputa pelo poder assume características sutis, veladas, disfarçadas; o discurso é encoberto por palavras de encorajamento, cooperação, incentivo ao trabalho em equipe; no entanto, as ações contradizem o mesmo e adotam-se posturas de competição claras ou veladas, manobras desumanas e sorrateiras, tudo para o alcance do prestígio individual que pode ser social, profissional, econômico, científico. E o fato de negar a existência do poder ou ignorá-lo, como a enfermagem faz, não minimiza esses movimentos, ao contrário, faz com que o jogo por ele, na comunidade de enfermagem, esteja velado por outros aspectos, tomando outras matizes e nuances que não as reais.

5.9 Limites e autonomia (liberdade)

Enfrentamos dificuldades ao trabalharmos com o grupo da prática esses dois conceitos, que são elementos do referencial teórico do estudo. O grupo mantinha-se aparentemente disperso, quando era sugerida a reflexão sobre o tema; este foi retomado em dois encontros e, mesmo assim, a questão da autonomia ficou implícita, subjacente a dos limites. Como estratégia para a discussão, utilizamos a técnica “Jogo dos Pontos” quando, então, o grupo conseguiu avançar na reflexão, mas sem muita fluidez. Incitados à reflexão pelo questionamento: porque a maioria das pessoas; a exceção de uma, não conseguiram realizar a atividade proposta, surgiram expressões como:

... mas tu não disseste que nós podíamos passar os limites dos pontos (Inha);

... porque ficamos bitoladas no espaço dos pontos e isto quer dizer o quê? Que nós não ultrapassamos ou ousamos passar dos limites impostos (Flávia);

... ninguém ousa ultrapassá-los, são poucas as pessoas que ousam (Safira);

... aí depois que alguém diz pode, a gente vai, e mesmo dizendo, é difícil (Tina).

A partir dessas colocações iniciais, houve consciência sobre a existência real dos limites, que convivemos diariamente com eles, tanto na vida pessoal como profissionalmente, merecendo destaque as considerações a seguir:

... limites existem para tudo na vida, alguns nós são impostos, outros, foram nós mesmos que colocamos por necessidade (Luna);

... não temos o hábito de pensar ou questionar os limites (Pavonia);

... tem que ver com a história da enfermagem, que foi criada para servir e obedecer a ordens (Estrela);

... e é uma coisa da mulher, também, que foi criada para servir, agora as coisas estão sendo diferentes (Safira e Neca);

... acho que tem muito da educação da gente, mas a própria faculdade de enfermagem coloca a gente nesse esquema de limites, a gente sente isso na nossa formação; eu não vejo as outras profissões tão limitadas como a nossa (Safira).

Como podemos denotar nos fragmentos acima, os elementos do grupo da prática manifestaram que a cultura de respeito aos limites, na enfermagem, deve-se a diversas dimensões, entre elas a questão da educação, da formação, da história da enfermagem, do gênero feminino. Mas obedecer cegamente aos limites estabelecidos não se restringe a isso, envolve aspectos intrínsecos, particulares do sujeito, como elucida Morin (1998) ao afirmar que os indivíduos são diferentes uns dos outros e há disposições individuais muito diversas para resistir, transgredir, imaginar e conceber os limites. Fica esse aspecto aparente na fala de Neca, quando diz:

... mas também tem a questão da pessoa, no caso da criança, tu tens dois filhos, tu impões os mesmo limites, um aceita, é mais pacífico; outro não, ele acha que o universo é mais amplo e tem que desbravar, e vai, então é muito de pessoa para pessoa, também, ultrapassar as regras.

Alguns participantes do grupo deram-se conta de que em determinadas situações é preciso questionar os limites, alargar a fronteiras dos mesmos. Sob essa perspectiva, Morin (1998, p. 64) indica que “toda regra social, implícita ou explícita, aparece à consciência de tal maneira que a sua inversão negativa se produza automaticamente com a sua formulação positiva”, o que ficou explicitado nas falas de Neca, Pavonia, Estrela e Luna:

... tem que ver os lados, não basta aceitar, tem que ver para que servem, por que estão sendo postos, para quê?

... e pensar até onde esses limites vão nos proteger mesmo;

... não é uma questão de apenas ultrapassar os limites sem questionar e ter maturidade para isso, é como no caso da criança, agora tu cresceste podes atravessar a rua sozinha, mas então tu vais ter atenção redobrada e olhar os dois lados da rua e não, simplesmente, atravessar a rua.

Sobre isso, o autor diz que para um indivíduo desfrutar dessa “permissividade” é necessário que “tenha sido beneficiado por oportunidades múltiplas e multiformes na sua educação ou deseducação, nas relações com a família ou seus próximos” (p. 65). E que uma pequena (parcial) “suavização na repressão dos desvios ou transgressões permitem as desintimidações e desinibições subjetivas” (op. cit).

Muito superficialmente afluou a percepção, no grupo, que os limites são fronteiras relativas pertencentes ao contexto, e que se as instituições e as interações entre os sujeitos são dinâmicas, mutantes, elas acompanham esses movimentos, ondulações, ações dos grupos ou comunidade (sociedade) e se fixar rigidamente às regras, normas, rotinas constitui-se em cegueira. Isso foi colocado por Safira, quando disse:

... claro, a gente cresceu, a gente evoluiu, a gente viu que aquilo não era o ideal, então a gente ultrapassou os limites, isso é uma coisa de amadurecimento e crescimento.

O grupo concluiu que os limites existem, são necessários, eles nos protegem muitas vezes como grupo, como profissional e como indivíduo; e existem vários tipos de limites tais como: os sociais, os institucionais, os técnicos, os de contrato de trabalho, os profissionais, os pessoais. E que alguns devemos respeitar, outros questionar, saber para que servem, atendem os interesses de quem; ainda outros, ultrapassar e estabelecer novos limites, sempre refletindo sobre os mesmos e não só aceitando e cumprindo.

No entanto, não conseguimos colocar em voga durante a reflexão os aspectos de possibilidades, potencialidades que estão subjacentes à questão dos limites; pois quando os limites representam as nossas dificuldades pessoais (individuais ou coletivas), se ultrapassados, pode significar oportunidade, alternativa de crescimento individual, coletivo

(equipes de trabalho) ou institucional (abrangendo a comunidade de uma organização). Em relação a esse enfoque, Morin (1998, p. 41) observa que o “abrandamento da norma dá possibilidade de expressão aos espíritos já secretamente autônomos (...)”.

Em se tratando da chefia de unidade, é vital para o enfermeiro-chefe ter discernimento de que tanto ele como o grupo necessitam conhecer a demarcação dos limites, e que a linha divisória (fronteiras) entre limites e autonomia é muito tênue, como indicado no marco conceitual, exigindo que os envolvidos tenham consciência de que suas possibilidades, capacidades ou habilidades não deveriam causar risco ou prejuízo ao outro (indivíduo, grupo, instituição); portanto, essa é uma questão subjetiva constituída de várias nuances.

Ainda que a contrapartida dos limites, que é a autonomia, a liberdade, não tenha sido enfocada pelo grupo da prática, é de importância capital à equipe de enfermagem ter a noção de que autonomia e dependência, apesar de contraditórias, são complementares, como pontua Morin (1982, 1993, 1996c, 1998); ou seja, todo o organismo vivo (sujeito, família, instituições, sociedade) se alimenta de matéria, energia, informação, dependendo, portanto, do meio interno e do ambiente externo para poder existir. Com o grupo de enfermagem não é diferente; temos autonomia relativa, haja vista que diversas ações de cuidado ao paciente, da administração da assistência ou da organização do ambiente e ou do trabalho de enfermagem são interdependentes ou dependentes das ações de outros atores do cotidiano institucional. Contudo, isso não significa que a equipe de enfermagem e, sobretudo, o enfermeiro-chefe possam atuar somente dentro do instituído, do estipulado, do definido, sem liberdade. Por que o que é liberdade? Liberdade, para Morin (1996c, p. 53),

é a possibilidade de escolha entre diversas alternativas. A liberdade supõe duas condições. Em primeiro lugar, uma condição interna, a capacidade cerebral, mental, intelectual necessária para considerar uma situação e poder estabelecer escolhas, suas apostas. Em segundo lugar, as condições externas nas quais essas escolhas são possíveis. Assim, temos diferentes tipos, graus de liberdade, segundo tenhamos possibilidades de escolhas mais ou menos amplas e mais ou menos básicas, que permitam gozar de maior grau de liberdade.

5.10 Visão do grupo sobre o trabalho da enfermagem na UTIP

Ao fazermos essa reflexão com o grupo da nossa prática assistencial, fomos surpreendidos pela visão que o mesmo tem a respeito do trabalho cotidiano da enfermagem na unidade. Apostávamos que eles o apontariam como sendo rotineiro, repetitivo e cansativo; no entanto, surgiram outros atributos, alguns engraçados, como expressam as muitas falas, causando-nos dificuldade em selecioná-las:

... para mim o serviço é braçal (Tina);

... ou 'pernal' (Luna) [muitos risos; gíria utilizada para expressar que os profissionais de enfermagem caminham muito];

... para mim é braçal e intelectual, tu tens que estar sempre antenado (Inha), ligado também (Magaly), será que é isso? O que será que está acontecendo? A medicação está certa (Magaly)?

... porque enquanto trabalho braçal tu não precisas pensar, e não é isso que acontece (Magaly), são as duas coisas juntas (Neca, Luna, Safira);

... não é um trabalho rotineiro, é uma 'caixinha' de surpresa (Magaly).

O grupo concluiu que o trabalho da enfermagem, apesar de ser orientado por algumas ações e procedimentos determinados, técnicos, é dinâmico, que mesmo os pacientes tendo patologias iguais aparecem aspectos multifacetados na relação diária deles e da família com a enfermagem. Como podemos verificar nas observações que se seguem:

... aqui na UTIP cada dia é diferente, é totalmente dinâmico (Inha);

... tu vês, tu sais e deixas 2 pacientes; tu voltas, no outro dia, está cheio, com coisas totalmente diferentes (Tina);

... apesar de ter rotina de procedimentos, de atividades a serem feitas, as relações e as intercorrências são muito variadas (Flávia);

... então, é um trabalho rotineiro que não é rotineiro (Neca, Luna).

Parece-nos que com o fragmento *um trabalho rotineiro que não é rotineiro*, esses integrantes do grupo de reflexão querem dizer que é um trabalho cotidiano no qual acontece repetição de muitos procedimentos, ações, atividades, porém não são estanques,

rígidos, porque diariamente vêm acompanhados do processo relacional e este é dinâmico, multifacetado; diferente, então, do trabalho rotineiro cujos procedimentos, gestos, ações são repetidos mecanicamente sem comprometimento individual ou coletivo.

Também, na continuidade da discussão, perguntou-se como o chefe entra nesse processo, na dinamicidade da enfermagem, emergindo manifestações como:

... o chefe faz a ligação da unidade com o mundo lá fora, o que é muito importante, porque sem isso, a unidade não se alimenta, somos esquecidos pelo resto da instituição (Flávia);

... o chefe segura o fio da meada, já vi serviços serem desestruturados por falta de um chefe atuante, interessado (Flávia).

Sobre este último aspecto pontuado, o grupo assentiu que, no cotidiano, não se tem consciência do emaranhado de relações, interações, interconexões em que o enfermeiro-chefe está envolvido, tanto interna como externamente à UTIP, as quais não se processam de forma harmônica; ficando melhor explicitado com o uso da técnica dos dois barbantes coloridos e na configuração do marco conceitual.

No final do encontro, foi chamada atenção pela observadora (psicóloga), que o aspecto emocional do trabalho da enfermagem, não foi mencionado, dizendo: *vocês não se dão conta, talvez, do quanto é emocional o trabalho de vocês. E quando vocês se queixam de cansaço, não é porque estão cansadas só física ou intelectualmente, é porque as energias de vocês foram sugadas, esgotadas e não tem mais o que dar. Precisam dum tempo para repô-las. É necessário entender isso.*

Diante dessa colocação, o grupo concordou que a mesma foi pertinente e oportuna e que realmente, no dia-a-dia, não nos apercebemos desse aspecto, ou tentamos fugir, ignorando-o.

Pensamos ser relevante considerar aqui o aspecto de “repor energias”, o qual passa despercebido na vida atribulada que levamos; e inúmeras vezes ficamos angustiados por “não ter nada que fazer”. Esquecendo a importância da pausa do dia, da pausa da semana, da pausa do ano como se o ócio, o tempo disponível, a folga, o vagar, a distração, o recreio fosse uma inutilidade, um desperdício de tempo. Nesse sentido, Nitschke (1999, p. 132) chama atenção em sua tese de doutoramento, dizendo que:

o escapismo [lazer, ócio] é uma maneira muito sábia [do indivíduo] aproveitar o seu tempo salvando-se do que coloca em risco o seu viver, do que pode matar o prazer de ser e estar junto com (do que ou de quem gostam), daquilo que sufoca. Respirar é útil! Permite viver. Esta não seria a maior utilidade que se pode conferir a alguma coisa?

Frente ao pontuado, perguntamo-nos: como repor energias? Recentrar-se? Como fica o ócio restaurador, tão necessário para mudar de direção e que amplia a possibilidade de viver-se saudavelmente, quando se tem vínculo empregatício com duas ou três UTIPs diferentes ao mesmo tempo? Ou então, quando se trabalha no constante limite do “número mínimo necessário” da força de trabalho, obrigando, não raro, que um (ou mais) dos membros da equipe de enfermagem permaneça de plantão por doze e até dezoito horas consecutivas, suprimindo-lhe, assim, muitas vezes, a única folga “de domingo” do mês? E o desfrutar da companhia dos seus familiares e amigos? A demanda pela assistência de enfermagem e os agravos no estado de saúde dos pacientes bem como a necessidade do trabalhador de adquirir cada vez mais serviços e bens de consumo (outros é a necessidade de sobrevivência) justificam o uso extremado da força de trabalho? Que significado e qual repercussão isso tem para nossa vida? Como cuidar do outro se nos maltratamos? E não nos referimos somente ao cuidado do corpo, mas, principalmente, ao cuidado da nossa psiquê e do nosso espírito. Estes últimos, gravemente injuriados e relegados por nós a planos periféricos. A esse respeito, a crônica de Colasanti (1996, p. 9) fala por si só e é com o intuito de refletirmos que está posta aqui:

EU SEI, MAS NÃO DEVIA!

Eu sei que a gente se acostuma.

Mas não devia.

A gente se acostuma a morar em apartamento de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor. E porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender mais cedo a luz. E porque à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplitude.

A gente se acostuma a acordar de manhã, sobressaltado porque está na hora.

A tomar café correndo porque está atrasado. A ler jornal no ônibus porque não pode perder o tempo da viagem. A comer sanduíches porque já é noite. A cochilar no ônibus porque está cansado. A deitar cedo e dormir pesado sem ter vivido o dia. A gente se acostuma a abrir a janela e a ler sobre a guerra. E aceitando a guerra, aceita os mortos e que haja números para os mortos. E aceitando os números, aceita não acreditar nas negociações de paz. E aceitando as negociações de paz, aceitar ler todo dia de guerra, dos números da longa duração. A gente se acostuma a esperar o dia inteiro e ouvir no telefone: hoje não posso ir. A sorrir para as pessoas sem receber um sorriso de volta. A ser ignorado quando precisava tanto ser visto. A gente se acostuma a pagar por tudo o que deseja e o que necessita. E a lutar para ganhar dinheiro com que paga. E a ganhar menos do que precisa. E a fazer fila para pagar. E a pagar mais do que as coisas valem. E a saber que cada vez pagará mais. E a procurar mais trabalho, para ganhar mais dinheiro, para ter com o que pagar nas filas em que se cobra.

A gente se acostuma andar na rua e ver cartazes, a abrir as revistas e ver anúncios. A ligar a televisão e assistir a comerciais. A ir ao cinema, a engolir publicidade. A ser instigado, conduzido, desnorteado, lançado na infundável cartada dos produtos.

A gente se acostuma à poluição. À luz artificial de ligeiro tremor. Ao choque que os olhos levam na luz natural. Às besteiras das músicas, às bactérias da água potável. À contaminação da água do mar. À luta. À lenta morte dos rios. E se acostuma a não ouvir passarinhos, a não colher frutas do pé, a não ter sequer uma planta. A gente se acostuma a coisas demais, para não sofrer. Em doses pequenas, tentando não perceber, vai afastando uma dor aqui, um ressentimento ali, uma revolta acolá. Se o cinema está cheio, a gente senta na primeira fila e torce um pouco o pescoço. Se a praia está contaminada, a gente só molha os pés e sua no resto do corpo. Se o trabalho está duro, a gente se consola pensando no fim de semana. E se no fim de semana não há muito que fazer, a gente vai dormir cedo e ainda satisfeito porque tem sono atrasado. A gente se acostuma para não se ralar na aspereza, para preservar a pele.

Se acostuma para evitar feridas, sangramentos, para esquivar-se da faca e da baioneta, para poupar o peito.

A gente se acostuma para poupar a vida.

Que aos poucos se gasta, e que, de tanto acostumar, se perde de si mesma.

5.11 Centralização e delegação de atividades

Quando partimos, com o grupo da prática, em busca dos vários aspectos que desestimulam o enfermeiro a almejar o cargo de chefe da UTIP, eles apareceram, no primeiro momento, como um longo rol de motivos conhecidos e veiculados diariamente tanto informalmente como nas reuniões disciplinares formais ou com a equipe de enfermagem, como está indicado nesses fragmentos, para exemplificar:

... pelos incômodos (Safira);

... é muita atribuição, quando tu tomas conta da unidade e da chefia é atribuição demais para uma pessoa só, sabe é difícil, porque a cabeça vira uma coisa, tem dias que parece que vai arrebentar, porque tu não páras (Safira).

Referem também não receber gratificação financeira condizente com o cargo e com a responsabilidade que o mesmo exige, como evidenciado nas falas seguintes:

... outra questão que eu acho e que não foi falada é que o cargo de chefe é pouco valorizado, reconhecido financeiramente. É um valor irrisório. A compensação financeira adequada é um estímulo (Flávia);

... se a gente se submete, se expõe, tinha que ter um estímulo maior (Safira, Luna).

Porém, ao refletirmos sobre o significado das queixas de sobrecarga, descortinou-se na consciência de que poucas pessoas do grupo da prática percebem a premência e a importância do enfermeiro-chefe delegar atividades, e, no grupo de reflexão, essa questão surgiu, mas não com a consistência necessária. Algumas expressões indicam essa necessidade, como é o caso de Estrela, Luna e Flávia respectivamente:

... é preciso delegar;

... o chefe deve delegar poderes para os outros;

... o que não significa se isentar de responsabilidades, delegação não tira jamais as responsabilidades de quem delega.

No atual contexto, a habilidade do enfermeiro-chefe em delegar e reconhecer que o grupo é uma fonte de criatividade, habilidades, inteligência e que, como grupo, consegue desenvolver melhores soluções é de capital importância. Não estamos nos referindo a delegação tipo “check-list”, na qual cabe ao subordinado somente a execução e operacionalização das atividades. Reportamo-nos à delegação que inclui o sujeito no processo das ações, comprometendo-o e possibilitando que se sinta incluído e participante do mesmo. É sob esse aspecto que estudiosos contemporâneos da liderança, como Goleman (1999), Fandiño (1997), Bitencourt (1997), entre tantos outros, insistem que chefes ou líderes não fazem as coisas sozinhos, precisam que os outros façam e, para isso, devem dar autonomia ao grupo; no entanto, é mister que sejam parceiros, capazes de dar suporte às dúvidas, incertezas e falhas dos liderados, sem se isentar da responsabilidade por elas. Conforme esses autores, o bom líder (chefe) é aquele que assume com a equipe os insucessos e atribui a ela os louros das conquistas. No grupo de estudo, houve manifestações sobre a necessidade de delegar, como as pontuadas na seqüência:

... a chefe é sobrecarregada por isso e ainda mais porque as pessoas acham que a chefe é responsável por resolver todos os problemas, e eu acho que não, eu acho que a chefe inclusive tem que dividir as coisas, por exemplo esse material aqui, porque deixar para chefe? Tem coisas que as pessoas podem decidir no seu turno, tem autonomia para isso, então por que não ajudar (Luna)?

... mas para isso é preciso dar liberdade para os funcionários resolverem as coisas, dar autonomia e não como lá naquele outro lugar que estou, que não foi liberada a permanência do acompanhante porque a enfermeira-chefe da unidade só retornaria na terça-feira; quer dizer, nem as enfermeiras resolveram o problema porque a chefe não estava, e preferiram aguardar para não ter problemas. Fiquei indignada (Inha).

Na fala de Inha, fica evidente a figura do enfermeiro-chefe centralizador, que toma para si e faz depender dele todo o funcionamento da unidade, acreditando-se capaz de estar em todos os lugares e tudo resolver. Será que essa prática é exigida pelo grupo, como pondera Moscovici (1996), baseada em Bion (1970), ou seja, trata-se de um grupo com características emocionais de dependência que necessita de um chefe com esse perfil ou é

resquício da formação acadêmica? Porque na academia, durante longo tempo, passou-se a idéia de que o enfermeiro, por ter maior conhecimento dito científico que os demais integrantes da equipe de enfermagem, estava apto para tudo solucionar. Depois, quando ele ingressa no mercado de trabalho e se depara com a realidade, percebe que muitos problemas fogem da sua alçada e que estão na dependência ou interdependência de outros profissionais e subsistemas da organização e até do contexto social, econômico, político vigente na atualidade, como é o caso das instituições públicas de saúde, sentindo-se, então, enganado, frustrado.

Nesse sentido, acreditamos ser salutar aos futuros profissionais terem um enfoque mais real do trabalho do enfermeiro e que as relações, interações, no ambiente organizacional, não se processam de maneira harmônica; mas que o conflito, a ambigüidade, o cinismo, a inveja, a solidariedade, entre outros, são inerentes à condição humana e aos processos interacionais do cotidiano.

5.12 O chefe: de super-homem a ser humano

Desde muito tempo, o problema da chefia, liderança vem aguçando a curiosidade dos estudiosos. No transcorrer de cada época, uma gama imensa de qualidades, atributos eram exigidos do chefe (líder), de forma a atender as circunstâncias de tempo e lugar. Assim, deu-se mais ênfase ora aos aspectos individuais do chefe (líder), ora para os relacionados ao grupo liderado; e noutros, à situação vigente no contexto histórico-social, para a qual um determinado tipo de chefe se adequaria melhor ou não. Porém, a singularidade do chefe, nesses últimos, foi excluída, como se, ao assumir o referido cargo, ele internalizasse todos os atributos assinalados para o mesmo, deixando de ser um indivíduo histórico-social, como indica Moscovici (1996), tornando-se um super-homem, capaz de tudo resolver, o que nenhum profissional real consegue. Essa dimensão (do chefe ser parecido com super-homem) está ligada ao imaginário – são significados, idéias de fantasia, de evocação, de figuras já percebidas ou não percebidas, de crenças, valores... onde o ser humano está mergulhado (NITSCHKE, 1999, p. 50) - que também se faz presente nos grupos organizacionais (MOSCOVICI, 1996). Essa autora refere que o

arquétipo²⁰ mais difundido nos mitos de todas as épocas e culturas é o do herói, que representa a luta do bem contra o mal, saindo vencedor. Seguindo essa linha de pensamento, é que está posta a fala de Luna:

... tem-se uma idéia errada de chefe, eu sempre acho que não é uma figura só que tenha que resolver todas as coisas, acredito numa coordenação das coisas, acho que tem que ter um grupo que faça as coisas girarem. Hoje és tu a representante, sai para fora representar o grupo, amanhã é outra, mas a responsabilidade do funcionamento e do bom andamento é de todo mundo, é claro que tem pessoas que tem mais tino para a gerência e organização,(...), (...) eu já não sou assim, mas penso que a gente não pode deixar para uma pessoa só resolver todos os problemas, pode ser dividido.

No nosso entendimento, um outro aspecto contributivo para o *tem-se uma idéia errada de chefe*, como indica Luna, é o contexto que se apresenta atualmente na nossa instituição, ou seja, o chefe da unidade faz parte da escala de atividades diária da mesma (geralmente no turno da manhã) e além disso lhe é exigido que seja o elo de ligação do serviço (unidade) com os demais subsistemas da organização, bem como que dê conta da administração da assistência, da organização do ambiente e da organização do trabalho de enfermagem, preste cuidados diretos à criança, assista os pais, entre outros, tudo ao mesmo tempo. Como não se sentir sobrecarregado? Como não sofrer da Síndrome de Atlas²¹? Nessa perspectiva, concordamos plenamente com o observado por Neca no fragmento que segue:

... acho que o chefe não teria que ter turno fixo, teria que ter horário flexível e não fazer parte da escala. Assim (...) ficaria mais presente, junto dos funcionários. Ele chegaria e conversaria,(...) e ao mesmo tempo daria um apoio, as pessoas se sentiriam amparadas. Não viria aqui pra te vigiar, viria aqui pra ver se está tudo bem, conversar, ver como os funcionários estão. Seria bom. O chefe não poderia ser exclusivo de um turno. Se o chefe faz parte de um turno ele acaba também tomando as 'dores' daquele turno e isso não dá certo. Não é que se queira, mas é natural acontecer isso.

²⁰ Para Moscovici (1996, p. 33), “os arquétipos são núcleos dinâmicos da psiquê, disposições latentes, possibilidades herdadas, traços da evolução humana, vestígios psíquicos que ressurgem em circunstâncias vitais semelhantes. (...) Como remanescentes arcaicos, (...) tendem a esboçar certas representações de um tema, podendo variar nas minúcias sem perder contudo o padrão básico”. Morin (1998, p. 138) diz que os arquétipos “são formas *a priori* ou imagens primordiais, virtuais em todo o espírito humano. Matrizes universais do inconsciente coletivo, comandam e controlam nossos sonhos e mitos”.

²¹ Figura da mitologia grega que foi castigado por Zeus e obrigado a carregar o mundo nas costas.

E o grupo de estudo, por ver no chefe uma figura idealizada, capaz de tomar todas as iniciativas e ser responsável pela solução dos problemas, sejam eles de ordem material, estrutura de área física, equipamentos, falta de pessoal, problemas de relacionamento disciplinar e interdisciplinar, os relacionados com os pacientes os familiares, os éticos, os educacionais, entre outros tantos, espera que ele os resolva e proporcione as melhores condições de trabalho à equipe. Dessa forma, colocam-no numa posição de provedor, ou seja, “é a figura inconsciente do pai idealizado [mito] que provê, protege e luta pelos seus filhos” (MOSCOVICI, 1996, p. 27), enquanto o grupo mantém-se na condição de receptor, e não de participante, construtor das relações e movimentos do trabalho cotidiano, como se observa nesses depoimentos:

... às vezes as pessoas não resolvem, não é para não melindrar a chefia, é porque realmente é mais fácil deixar para outra, se acomodam (Safira);

... até em termos de escala, deixam dum turno para o outro e a pessoa poderia ter resolvido aquele problema naquele turno mesmo, mas não, a chefe já vai chegar daqui a pouco, então deixam para ela (Luna);

... até um pedido mesmo, para manutenção ou qualquer outra coisa, já deixa pronto para ser encaminhado, que ajuda (Estrela).

Então, quando percebem que o chefe (líder) é uma pessoa comum, falível, com limitações como qualquer integrante da equipe, decepcionam-se, o que é uma incoerência, pois o grupo conhece o enfermeiro, ele trabalha junto, às vezes anos a fio com o grupo; entretanto, ao assumir o cargo, passam vê-lo como “salvador da pátria”, o que não deixa de ser um mito. Sob esse prisma, Moscovici (1996, p. 26) sugere que “a idealização se transforma em depreciação e o líder precisa ser substituído por outro, o qual terá um destino semelhante, repetindo-se o ciclo idealização-depreciação. Dificilmente um líder real será capaz de suprir as carências emocionais e as expectativas dos membros [da equipe]”, causando sentimento de abandono, desesperança e repercutindo diretamente na qualidade do trabalho cotidiano, ou seja, no cuidado de enfermagem diário.

Observamos que o grupo em foco deseja que o chefe (líder) seja possuidor de características e predicados idênticos aos apontados na literatura por Bittencourt (1997), Fandiño (1997), Moscovici (1996), Penteadó (1986), entre outros; isto é, o chefe deve ser:

democrático, sensível, honesto, responsável, firme, companheiro, solidário, amigo, compreensivo, equilibrado, colaborativo, representar e defender os interesses do grupo, imparcial como ficou muito bem evidenciado nesses vários fragmentos:

... tem que ter espírito de integração com o grupo, iniciativa, se o chefe não tem iniciativa, por favor, coitado do grupo e coitado do chefe, porque ele acaba sofrendo; e sensibilidade, porque por ser chefe, apesar de ser sério, firme, com responsabilidade não quer dizer que tenha que deixar a sensibilidade de lado, com ele mesmo e com os outros (Luiza);

... compreensão e cooperação para melhor funcionamento do trabalho, porque acho assim, se o chefe não cooperar e não aceitar o que a gente diz também não adianta (Inha);

... uma pessoa amiga, não só ali naquela hora do serviço, do trabalho, do mando, porque às vezes tu podes estar com "baita problemão" em casa e não interessa, não quero saber, ela estando no serviço, fazendo o que tem que fazer é o que interessa. E que o chefe tenha cautela, equilíbrio e garra, porque não é fácil ser chefe (Violeta);

... considero que o chefe seja companheiro, amigo, solidário, que transforme o local de trabalho quando for necessário (Tina);

... espero um chefe integrado com seu grupo de trabalho e que seja imparcial. Que as decisões dele não beneficiem uns em detrimento, prejuízo, de outros, que traga benefícios para todo o grupo. Deve ser responsável também (Estrela).

E quando alguns integrantes do grupo apercebem-se que o chefe é um ser humano, permanece a visão idealizada deste último, persistindo assim a idealização do chefe (líder), como demonstra o pensamento de Luna e Safira:

... bem, nós pensamos que na medida em que o chefe é um ser humano, espera-se do chefe o que se espera de todo o ser humano, porque na verdade nós esperamos que as pessoas sejam assim, que o colega seja assim, democrático, todas essas coisas que falamos.

Em momento algum foi pontuado pelos participantes do grupo da prática que o ser humano é um ente contraditório, capaz de medidas e desmedidas, conflitual, vibracional, de pulsões, emocional, racional, como assevera Morin (2000), e está referenciado no marco conceitual da prática assistencial.

No entanto, ressalvada a idealização que leva o grupo criar uma realidade fantasiosa, visão ingênua em relação ao enfermeiro-chefe (líder), pois, como indica Morin

(1998, p. 146) “vivemos (...) num universo de signos, símbolos, mensagens, figurações, imagens, idéias, que nos designam coisas, situações, fenômenos, problemas, mas que, por isso mesmo, são os mediadores necessários nas relações dos homens entre si, com a sociedade, com o mundo”, consideramos relevante que ele tenha compreensão desse processo, habilidade e capacidade para auxiliar o grupo nos enfrentamentos diários; como assinalado nos depoimentos a seguir:

... compartilhar com o grupo, ajudar nas dificuldades (Estrela);

... passar segurança para a equipe, se o chefe não confia no funcionário isto atrapalha a autoconfiança que temos sobre nós (Magaly, Luiza).

Concordamos com o grupo do estudo quando afirma que:

... o chefe deveria ser flexível diante das situações. O chefe que sabe tudo é porque não tem humildade de dividir com a equipe. Ele é prepotente para não demonstrar as inseguranças, por isso cria barreiras e se protege assim das inseguranças dele, muitas vezes não sabe como resolver as coisas e se distancia do grupo.

Essa colocação feita pelos sujeitos do grupo da prática encontra eco nos nossos pressupostos para este estudo, pois advogamos que talvez fosse interessante o enfermeiro-chefe tentar compartilhar-socializar os saberes, mediar o crescimento individual com o coletivo, aprender a conviver com a diversidade coletivamente, oportunizar que o grupo usufrua da criatividade de cada integrante. Porque ninguém “faz as coisas sozinho”, embora o enfermeiro tenha sido levado a pensar e agir assim por algum tempo, o que vale é o processo de buscar e conseguir mobilizar recursos internos (intrínsecos) para lidar com situações, pessoas, consigo mesmo e com o mundo, por meio da aprendizagem que fica para a vida (MOSCOVICI, 1996). Dito de outra forma, ter disposição contínua de aprender a aprender.

Frente ao conjunto de categorias que emergiram neste estudo, o que depreender? Quais caminhos tomar? É possível chegar-se a conclusões?

Podemos perceber que refletir sobre o cotidiano da chefia de enfermagem da unidade de tratamento intensivo pediátrica envolve perspectivas que no cenário do trabalho

diário não estão claras, aparentes. Isto é, envolve a reflexão sobre dilemas na tomada de decisão em situações nas quais as necessidades são crescentes e os recursos limitados; envolve a reflexão sobre questões éticas referentes aos pacientes, aos trabalhadores de enfermagem e da saúde de um modo geral; sobre questões educativas; e ainda sobre outras situações que acontecem no cotidiano da prática hospitalar, que são multivariadas.

Portanto, são múltiplos os aspectos que desestimulam, desencorajam e fazem os enfermeiros esquivar-se do cargo de chefe dessa unidade. Aspectos esses que não se aтем somente a eventos palpáveis, concretos, mas principalmente a aspectos ligados ao imaginário, a visão de mundo, a crenças, a valores, à formação individual e grupal, ou seja, aspectos subjetivos que permanecem velados e que, estando encobertos, nos tiram a possibilidade de compreensão dessas dimensões que são relegadas às áreas de sombra nas organizações e nos serviços.

Esse emaranhado de relações, interconexões, dimensões requer que nós, trabalhadores da enfermagem; e, sobretudo, o enfermeiro-chefe da UTIP reconheçamos a complexidade que está embutida no bojo do cargo de chefe. Para enfrentar tal complexidade, somos compelidos a fortificar, a cada dia, nossa aptidão, capacidade, vontade, habilidade de integrar o saber particular com o geral, de ligar o contexto, o global a nossa realidade, à nossa vida, como sugere Morin (2001c). E não a “separar (...) o complexo do mundo em fragmentos desconjuntados, (...). Assim, quanto mais os problemas tornam-se multidimensionais, maior é a incapacidade para pensar a sua multidimensionalidade; (...)” como reforça o autor (p.14).

6 REFLEXÕES NO RETORNO AO MARCO CONCEITUAL

A construção do marco conceitual, por uma questão didática e por ser um exercício acadêmico que visa ultrapassar as dificuldades dos envolvidos nessa fase do estudo, deu-se de forma bem demarcada; ou seja, cada etapa do marco conceitual que no presente caso, é constituído por alguns conceitos do paradigma da complexidade, nossos pressupostos e conceitos, está inequivocamente delimitada na seção que se refere à mesma.

Contudo, no decorrer da edificação da prática assistencial, percebemos que ele permeou a mesma como um contexto, uma malha multicolorida que, apesar de ser constituída por fios de cores e texturas diferentes, forma uma “peça”, um conjunto que está tecido junto, mesmo que as cores e a espessura dos fios não constituam uma composição harmônica; e que a ruptura de um deles (ou perda de um ponto) causa solução de continuidade nela, dando-lhe um outro aspecto.

Assim, nos parece inadequado ou impraticável ver o marco conceitual seccionado, fragmentado. Essa visão se tornou nítida no decorrer dos encontros realizados com o grupo da prática assistencial, ao percebermos que as relações, inter-relações, interconexões, movimentos, dependências, interdependências unem-se por meio de elos sólidos, o que torna quase impossível considerá-los de maneira isolada, porque interferem seja na ação, atuação individual do enfermeiro-chefe como na imagem da instituição que é veiculada à sociedade.

Apreender o mundo, a realidade, a sociedade, enquanto uma dimensão histórico-cultural e, portanto, inacabados que se encontram em uma relação permanente com o ser humano, seja este o paciente e sua família, o profissional dos diversos campos e áreas do saber humano, igualmente inacabados, que transformam o mundo e sofrem os efeitos da sua própria transformação, parece-nos capital à equipe de enfermagem e, sobretudo, ao

enfermeiro detentor do cargo de chefia, nos dias atuais, nos quais não só as perturbações, imprevistos, movimentos, estabilidades e instabilidades que se processam no interior da organização nos pressionam à busca incessante de novas habilidades e conhecimentos, como também a pressão que a sociedade, a comunidade exerce sobre as instituições, principalmente sobre as públicas, e para a qual temos que dar respostas. Respostas essas que, na grande maioria das vezes, não sabemos quais são ou que não estamos preparados para tal, seja por questões estruturais, conjunturais ou porque o momento histórico-social era outro, como é, no nosso caso, a permanência do acompanhante junto da criança internada em UTIP, durante as 24 horas do dia, vindo essa exigência por força de lei, de fora (sociedade) para dentro da organização e diante dela temos que encontrar soluções, como por exemplo, de área física, entre outras, para acolher os familiares além da criança enferma. A verdade é que, a cada dia, o conhecimento e as habilidades se obsoletizam com maior rapidez e nos são exigidas capacidades adaptativas e de enfrentamento renovadas constantemente, como pontuam Assmann & Sung (2000), a fim de nos mantermos na luta pelo trabalho produtivo (empregabilidade).

Sinalizar ao grupo a reflexão sobre questões dessa natureza nos parece ser o grande desafio dos enfermeiros e, nesse sentido, o desenvolvimento da prática assistencial por meio do marco conceitual e da metodologia permitiu-nos que, enquanto grupo, nos voltássemos para questões além das paredes internas da UTIP, mas que nos dizem respeito como subsistema pertencente ao todo organizacional, inseridos no contexto e na sociedade.

Ela nos proporcionou também perceber que, hoje, não é suficiente reduzir a realidade a uma versão intelectualista, descritiva, objetiva, pragmática, mas que é necessário desenvolver na equipe de enfermagem uma posição de engajamento, compromisso e participação que a sensibilize para sua dimensão humanística e amplie sua visão, a fim de reconhecer e desocultar os eventos globais e locais que se manifestam a toda hora.

Nessa trajetória, o grupo da prática reconheceu que o enfermeiro-chefe bem como a equipe de enfermagem tornam-se impotentes diante de inúmeras situações, pois estas fogem do seu alcance, domínio, competência, porque requerem soluções as quais dependem da interação de outros, da interdisciplinaridade e esta não é uma prática

cotidiana no nosso meio, como ficou muito bem evidenciado num dos momentos do quinto encontro, quando alguns participantes pontuaram:

... a falta de interdisciplinaridade dentro da UTIP atrapalha a chefia, cada um faz o que lhe cabe sem integrar um com o outro, existem problemas que na verdade nunca foram resolvidos porque não se trabalha interdisciplinarmente na UTI (Safira, Luiza).

Pelo processo de reflexão coletiva, o grupo despertou a consciência de que o serviço de enfermagem da UTIP tem vinculação com os demais serviços da instituição, ou seja, mantém relações de dependência, interdependência e autonomia com os mesmos, formando um sistema complexo e fortemente imbricado uns aos outros, que pode atingir cada indivíduo da equipe bem como o chefe da mesma, impingindo reflexos (positivos ou negativos) na prestação da assistência e no desempenho das atividades de todos, como grupo. O que ficou denotado nas falas seguintes:

... quando faltam as coisas, quem vive isso somos nós, ali dentro, o pessoal da farmácia não sente, a diretora não sente, a coordenadora não sente (Luna);

... um monitor estragado de PA e que demora um mês para retornar, vai sobrecarregar todo mundo e prejudicar o paciente (Estrela);

O caminho que percorremos teve também a finalidade de tentar clarificar um pouco mais a compreensão sobre o ser humano, seja ele a criança internada na UTIP, sua família ou a pessoa que lhe é mais significativa; o profissional chefe ou não, pertencente à equipe de enfermagem, inserido no contexto da UTIP, trazendo à superfície das relações interpessoais a consciência da diversidade, da unicidade, da singularidade, da pluralidade, do contraditório, da diferença, características essas, entre outras, inerentes à condição humana. Assim, compreendemos que é mais apropriado aceitar a unicidade, as diferenças dos sujeitos, as quais são significativas, importantes para conseguirmos trabalhar em equipe e vivermos em sociedade, como está demonstrado na fala seguinte:

... o grupo tem que procurar transpor as diferenças que existem entre um

turno e outro, entre uma pessoa e outra. O grupo tem que trabalhar unido com a chefia. As diferenças devem ser trabalhadas, não ignorar que existem diferenças, tem que ser trabalhado. Aprender a conviver com as diferenças das pessoas. Se fosse assim, o chefe teria melhores condições de exercer a chefia (Neca).

Afora isso, a diversidade entre os indivíduos é rica, por mais difícil que nos pareça conviver com ela. Por isso, deveríamos tentar desconstruir os rótulos impostos a eles no seu ambiente de trabalho, por exemplo, quebrar as barreiras que inibem as inter-relações; e, dessa forma, trazer possibilidades de crescimento tanto pessoal como profissional aos atores desse cenário. Isso aproxima e reafirma a importância do ser humano como participante e transformador do seu local de trabalho e do seu sistema relacional. Porém, tendo a consciência de que quando se refere ao sistema de relações, essas não são lineares, podem causar desordens, conflitos questão inerentes ao agir humano.

Refletir sobre uma nova possibilidade de ver os fenômenos cotidianos ou globais, ou seja, sob a ótica da complexidade foi instigante e chocante ao mesmo tempo, isto é, apreender que no dia-a-dia nós, como indivíduos e como trabalhadores de enfermagem que somos, ansiamos pela ordem, pela desordem, pela organização, numa busca incessante por uma ou por outra, dependendo da situação que se apresenta, e compreender que os eventos que trazem desordem são ricos e que a partir deles há possibilidade de crescimento, de surgir o novo, o inusitado; e, sobretudo, entender conjuntamente que ter medo dos imprevistos, das desordens, do inesperado é inseparável da condição humana, pois pisamos e caminhamos num terreno desconhecido o qual não sabemos onde pode nos levar, foi o diferencial neste grupo. Essas questões foram expressas pelo grupo, em algumas de suas falas:

... ordem eu vejo, (...), dentro de um esquema (Luna);

... tudo no lugarzinho (Violeta);

... desordem é necessário para evoluir (Safira);

... desordem, não necessariamente, pode ser uma bagunça, sujeira, desarrumação (Magaly);

... para tudo estar organizado tem que ter uma desorganização (Tina);

... ordem e desordem são um ciclo contínuo (Neca);

... a vida tem altos e baixos (Estrela)

... os imprevistos alteram a organização (Safira).

Tentar vislumbrar o mundo, os fenômenos, o cotidiano pela lente da complexidade exige que aprendamos a relativizar e flexibilizar as situações, as posturas, os saberes, as crenças, pois a flexibilidade do profissional, principalmente do enfermeiro-chefe, faz com que ele enfrente mais facilmente as situações mutáveis, urgentes, muitas vezes, inesperadas, nas condições de saúde e doença; ou em outras, da criança internada na UTIP, dos seus familiares, bem como da equipe de enfermagem dessa unidade; e dos demais subsistemas pertencentes à instituição. A rotinização rígida aliada à inflexibilidade cria tensões entre os sistemas relacionais que dificultam a resolução dos conflitos existentes. Isso foi percebido na fala:

... o chefe deve ser flexível diante das situações. O chefe que sabe tudo é porque não tem humildade de dividir com a equipe. Ele é prepotente para não demonstrar as inseguranças, por isso cria barreiras e se protege, assim, das inseguranças dele, muitas vezes não sabe como resolver as coisas e se distancia do grupo (unanimidade do grupo).

Uma das formas, talvez, de o chefe ser flexível é colocando-se “em cima do muro”. Calma! Não estamos falando “em cima do muro” com a conotação que o senso comum tem, ou seja, de alguém que não se compromete, que tem medo de assumir riscos ou posições, de expor seus pontos de vista. É necessário fazer a transfiguração da figura de estar “em cima do muro”. Para Nitschke (1999, p. 51), transfiguração “é a passagem de uma figura a uma outra”. Então, nesse sentido, conforme a autora,

para estar ‘em cima do muro’ é preciso coragem, ao contrário do que poderiam alguns pensar. Pois ficar de um lado, ou de outro, é muito mais seguro. O próprio muro nos protege. Mas também não nos deixa ver o que está do outro lado, nem tampouco trocar. Quem está em cima do muro tem uma visão ampliada, estando na linha de encontro entre os lados. Quer unir respeitando as diferenças. Todavia quem ali está, vê mais de um lado, mas também está totalmente exposto; na sua pluralidade, mais vulnerável a ataques de uma visão unilateral (p. 182).

Com a postura de colocar-se “em cima do muro”, na perspectiva enfocada, o enfermeiro-chefe previne-se de ser parcial, unilateral, partidário daqueles que vão de encontro aos seus próprios interesses em detrimento do grupo em geral; procedendo dessa

maneira, como observa a autora, “talvez, um dia os muros caiam, as diferenças continuarão sim, felizmente. Porém, as visões e paisagens se ampliarão” (p. 182).

Por outro lado, flexibilidade não significa eximir-se da responsabilidade, da autoridade, da tomada de decisão, do comando em determinadas ocasiões, sobretudo quando estamos nos referindo ao enfermeiro detentor do cargo de chefia e também à equipe de enfermagem da UTIP. Existem situações profissionais que exigem que o chefe reconheça e use a autoridade que o cargo lhe confere bem como as responsabilidades do mesmo. Esses aspectos ficaram muito bem evidenciados no grupo da prática assistencial, como podemos observar:

... eu acho que o chefe tem que ser justo, ser firme, o chefe não pode passar a mão em quem está errado em detrimento de quem está certo, acho que as coisas ficam invertidas. Tem uma crise de funcionários, a gente não quer perder funcionário, não quer desestruturar o grupo, mas o chefe tem que ser firme na medida que for necessário e tem que ser justo. (...) não sei se isso é medo de ter enfrentamento com o funcionário, piorar as coisas ou se é omissão mesmo (Neca).

A necessidade da equipe conhecer e ter os limites demarcados para sua atuação é outro aspecto que aflorou no processo de reflexão, na prática assistencial. Aqui também está presente a nuance da flexibilidade. Encarar os limites sob a perspectiva de fronteiras que podem ser ultrapassadas, alargadas, diminuídas ou ajustadas, dependendo do contexto que se apresenta, do nível de maturidade e crescimento dos envolvidos, é no mínimo desafiador para o enfermeiro-chefe e seu grupo; porque, no nosso entender, sob este enfoque, limites, liberdade, autonomia são faces de uma mesma dimensão, exigindo que os mesmos sejam discutidos, refletidos e não somente aceitos; perpassando, no entanto, pela consciência de que se trata de uma questão complexa, pois envolve o ser, o estar, o ficar bom (bem) para nós e para o outro. Longe da concepção ingênua, o grupo tem consciência da multiplicidade de limites existentes, dentre eles os institucionais, que podem inibir a criatividade, liberdade de escolha, autonomia dos profissionais de enfermagem; os pessoais, os quais podem impedir que o indivíduo mobilize mecanismos para os enfrentamentos que as situações-problema cotidianas requerem; os profissionais; os sociais; os econômicos. Ficando denotado nos vários fragmentos a seguir:

... por causa da educação, não vai ali que tu te dás mal, é o modelo educacional, é bem limitado (Neca);

... é o modelo educacional, é o modelo institucional (Flávia);

... limites são necessários (unanimidade do grupo);

.. tem que ver os lados, não basta aceitar, tem que ver para que servem, por que estão sendo postos, para quê (Pavonia, Estrela e Neca)?

... não temos o hábito de pensar ou questionar os limites (Pavonia);

... nós da enfermagem, além da educação, recebemos uma formação e na enfermagem é uma formação de muitos limites, de respeito a eles (Flávia e Safira).

O desenvolvimento da prática assistencial permitiu, sem dúvida, a todos do grupo momentos de reflexão, de descobertas, de conhecimento, de compartilhamento, de assombramento, de impacto; e um dos momentos educativos se tornou especial. Nesse, explicitamos que a educação é um processo social e que entre tantos atributos, predicados exigidos do enfermeiro-chefe, no momento vigente, está a necessidade de não reter o conhecimento e as informações para si e sim, ser um vetor de disseminação dos mesmos; e, confiando nas palavras de Freire (1980, p. 40), que assevera: “o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la”, é que trabalhamos com o grupo o texto que versa sobre **As Características da Consciência Ingênua e Crítica**, desse mesmo autor.

Essa reflexão aconteceu no primeiro encontro com o grupo da prática assistencial e foi proposital, porque, no desenvolvimento da mesma, sempre que as oportunidades se apresentavam, era retomada ou indicada quando estávamos agindo, pensando de maneira ingênua e nos atendo somente à espuma dos fatos, sem fazer as relações e interconexões que o mesmo merecia. É nesse sentido que pontuamos alguns fragmentos das falas de alguns membros do grupo de reflexão sobre o tema:

... à medida que a gente amadurece, vai analisando melhor as coisas, e a gente precisa ser estimulado, sempre é tempo de aflorar a criticidade; e o que é ser crítico? Não é ser o do contra em tudo (Neca);

... a TV tenta manter a massificação e a consciência ingênua (Luna);

... o próprio Presidente da Republica estimula manter o povo ingênuo (Safira).

Também na avaliação dos encontros apareceram referências sobre essa primeira reflexão e algumas estão contempladas nas seguintes expressões:

... quero agradecer a oportunidade que tive de participar deste grupo, pois só acrescentei conhecimentos e auto-conhecimento, pois sou mais ingênua do que pensava (...) (Pavonia);

... ajudou também a sanar algumas dúvidas a respeito do serviço, que até (...) pensava que fosse mais simplificado, como temos consciência ingênua (Magaly).

Importante dizer que as reflexões foram além do grupo da prática assistencial, especialmente em relação a esse texto, que foi discutido até com uma turma de alunos-funcionários que estavam cursando o curso técnico de enfermagem.

Pensamos que é com pequenas ações, muitas vezes julgadas banais, que ajudamos a melhorar o nosso cotidiano; e nesse aspecto, o pensamento de Freire (1980) sobre a necessidade de conscientizar ou auxiliar o sujeito em relação às suas capacidades nos serviu de guia durante nossa prática educativa, no presente trabalho.

Então, acreditamos que, a partir destas reflexões iniciais, possa-se ampliar o leque de discussões e reflexões gerais à cerca da nossa realidade, buscando dessa forma o entendimento de diversas questões que perpassam nosso cotidiano e propiciando assim ações que visem à transformação e ou “melhoria” da realidade

Este estudo permitiu que se fizesse uma reflexão sobre as questões da chefia, a pertinência ou não de o enfermeiro ocupar o cargo de chefe da unidade de enfermagem e as suas implicações nas relações com as pessoas internamente à UTIP, nas relações com o cuidado prestado na unidade e com os demais serviços, em especial com os serviços- meio; nas relações com o Serviço de Enfermagem da organização e seu staff. O entendimento do grupo sobre essa questão pode ser demonstrado nas seguintes expressões:

... perceber as dificuldades encontradas pela chefia de enfermagem, além da importância da mesma (Luiza);

... acho que a chefia da unidade é necessária sim, e que ela deve ser sempre bastante crítica em relação à unidade e à instituição (Pavonia);

...penso que foi muito positivo tudo de novo que aprendemos, só nos enriqueceu e ajudou também a sanar algumas dúvidas a respeito do serviço, que até em momento, pensava que fosse mais simplificado. Como temos consciência ingênua (Magaly)!

... acredito que poderíamos ter explorado mais a questão da autonomia da chefia de unidade, uma vez que percebemos que existem situações, em que, questões simples poderiam ser resolvidas imediatamente e ficam na expectativa de uma decisão da coordenação da área, o que pode gerar insatisfação dos profissionais de enfermagem (Estrela);

... considero o tema apresentado muito importante. Acredito que merece uma reflexão especial por parte dos enfermeiros (Safira);

... engana-se quem acredita que ser chefe não é uma tarefa difícil. Para o sucesso de uma chefia, depende não só do profissional que ocupa o cargo ser competente, como também, daqueles que ocupam cargos superiores hierarquicamente trabalharem de forma homogênea, respeitando os profissionais da equipe de enfermagem, reconhecendo a capacidade e as necessidades de cada elemento (Estrela).

Com relação à expressão *trabalharem de forma homogênea*, nesse último fragmento, acreditamos (por conhecê-la) que Estrela se referiu a trabalhar conjuntamente em direção ao alcance dos propósitos, objetivos do serviço, como parece indicar o complemento da sua fala, e não uniformemente, estanque, standartizado. Até porque, como observa Morin (1998, p. 42), “em qualquer sociedade, qualquer comunidade, qualquer grupo, qualquer família, existem diferenças muito grandes de um indivíduo para outro quanto à aceitação, integração, interiorização da lei, da autoridade, da norma, da verdade estabelecidas”. E na enfermagem não é diferente, por isso aceitar as diferenças interpessoais permite aprender a conviver com a diversidade e entender, como diz Poletto (1999, p. 31), que “as divergências de idéias, valores e filosofias existentes nas relações de trabalho da enfermagem são naturais e saudáveis na medida que representam a vontade conjunta de crescer como indivíduos e como grupo para cuidar do ser humano”.

Ficou evidenciado, no transcorrer da prática assistencial, que a formação acadêmica do enfermeiro enfatiza, privilegia, valoriza a assistência direta ao paciente em detrimento (ou com menor ênfase) da administração da assistência de enfermagem, do ambiente e da organização do trabalho de enfermagem, fazendo com que os enfermeiros da UTIP se sintam culpados, tenham sentimentos de não estarem contribuindo para o bem-estar da criança, cultuem a idealização de assistir somente o paciente, o que pode se tornar

prejudicial tanto a eles como para a profissão, visto que, na realidade do trabalho, a grande maioria das ações desse profissional são de cunho administrativo, relativas à assistência, ao ambiente e à organização do trabalho de enfermagem. As falas de alguns participantes explicitam esses sentimentos:

... acho que gostar ninguém gosta, não sei se tem alguém que goste, que ache um prazer ser chefe, a gente vai por uma necessidade, uma situação, mas não que a gente queira ser (Safira);

... temos a carga assistencial muito forte, por isso é difícil a administração, a chefia (Neca);

... eu já assumi a chefia,(...), e particularmente não gosto. Não gosto porque tu deixas de fazer, atender o paciente, para ir atrás dessas outras coisas. Claro que entendo que faz parte do trabalho da enfermeira (Luna);

... o chefe não sai inteiro da UTIP, porque deixa seu trabalho na unidade, embora saiba que tem que ir aos compromissos que são para ele (Safira);

... não é uma postura tranqüila, a de chefe (Luna, Safira).

Talvez, a partir das reflexões propostas, possamos compreender o sentimento de inadequação de muitos enfermeiros ao aceitarem o encargo da chefia bem como a dificuldade de internalizar que administrar é um processo indireto de assistir (PATRÍCIO, 1996), seja os pacientes ou a equipe de enfermagem.

No contexto da prática assistencial voltamos o nosso olhar também para questões éticas que estão presentes no nosso cotidiano. Por atuarmos em um ambiente propício a tensões e conflitos constantes, devido às pressões que a equipe de saúde sofre para alcançar desempenho individual ou coletivo eficiente, eficaz e as repetidas perdas ou “fracassos” que ocorrem na UTIP, surgem questionamentos éticos relevantes. Esses, na cotidianidade, não recebem a atenção merecida, tornando a UTIP um lugar fértil para que atitudes desumanizadas afluam e proliferem.

Então, pensar sobre questões éticas parece-nos complexo, a começar pelas amplas dimensões que o vocábulo assume, as diversas definições atribuídas à ética pelos estudiosos do assunto; e também porque junto dela estão vinculadas crenças, valores, momento histórico sujeito à mudança com o passar dos tempos e com a (in)evolução da

humanidade em geral. Consideramos relevante, para nosso entendimento, a definição do que seja ética, na ótica de alguns autores.

Ética para Ferreira (1999, p. 849), é o “estudo do juízo de apreciação que se refere à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto”; o mesmo autor define moral como sendo um “conjunto de regras de conduta consideradas como válidas, quer de modo absoluto para qualquer tempo ou lugar, quer para grupo ou pessoa determinada” (p. 1365). Já Schramm (1996, p. 17) tem uma visão ampliada sobre o tema, dizendo que “aspecto ético é relativo às relações humanas, às condutas necessariamente inscritas nas relações com o ‘outro’, qualquer que seja a entidade concreta (ou imaginária) ocupante deste lugar – humano, outro ser vivo, biosfera...”. Seguindo na mesma linha de pensamento, Maturana (1993), citado por Schramm (1996, p. 18), declara enfaticamente que “a questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. Para que haja preocupação ética é preciso ver o outro, sem isso, a questão ética não existe”.

Sustentados pelo pensamento desses autores, em alguns momentos da prática, especialmente no quarto encontro, procuramos refletir com o grupo sobre as questões que envolvem o outro, da necessidade do profissional de enfermagem ver o outro, sejam os colegas, demais profissionais da equipe da UTIP, as crianças e seus familiares. E a premência, nos dias atuais, de ter-se conhecimento básico e refletir sobre os princípios éticos. Essa é uma dimensão complexa, especialmente quando se refere a crianças internadas em UTIP, surgindo questionamentos como: qual é o limite de respeito que os profissionais de enfermagem e os outros devem guardar sobre as decisões (ou indecisões) que os pais (ou pessoas significativas) tomam, particularmente, em relação aos bebês e lactentes? Até que ponto, devemos respeitar as crenças, valores, costumes, hábitos que os familiares mantêm em relação a essas crianças, as quais ainda não possuem capacidade de decisão por ser inerente ao seu período de crescimento e desenvolvimento? É ético impor uma terapêutica à criança contrária à vontade dos pais? Por outro lado, é ético os pais recusarem tratamento para seu filho, se esse poderia propiciar melhora nas condições de vida da criança? Nesse caso, como fica o princípio da autonomia defendido pela bioética? Se for ético, é legal? A legislação do país acompanha o crescimento da ética e da bioética? E nós, da enfermagem, que postura devemos ter diante dessas situações?

Em contrapartida, é ético os profissionais da equipe da UTIP, e a enfermagem contribui e ajuda, manterem uma criança ligada e dependente de equipamentos, indefinidamente, para a manutenção da sua vida? Será essa uma vida digna para o paciente e para a família? O que é uma vida digna? Pois temos conhecimento que, com a evolução dos aparatos tecnológicos, das técnicas, do intensivismo pediátrico, se tornam múltiplas as possibilidades de interferir no curso da vida humana. Isso nos remete a outras indagações, dentre elas: nós, profissionais da UTIP, estamos preparados para possibilitar que as crianças tenham uma morte digna? O que é ter morte ou morrer com dignidade?

Interrogações dessa natureza ocorrem, com frequência, no cotidiano da UTIP; mas como atuamos num contexto desfavorável à reflexão, nos tornamos superficiais, alienados, incapazes de refletir sobre as nossas ações e também sobre a necessidade de participar e contribuir ativamente para as transformações que a profissão e a sociedade exigem.

Temos a compreensão de que todas essas interrogações são questões que permanecem em aberto e são ambíguas, contraditórias, complexas, conflituais; por isso, não podemos ser ingênuos a ponto de desconhecer os princípios éticos básicos e legais, bem como a pertinência de os usar para nossa proteção profissional e pessoal, uma vez que o pessoal não se dissocia do profissional, porque o indivíduo é único dentro da sua complexidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Ao fazermos uma reflexão retrospectiva sobre as razões que nos levaram a este estudo, percebermos o quão distantes nossas suposições iniciais se encontravam das nuances que estimulam os enfermeiros a rejeitar o cargo de chefe da unidade de enfermagem e seus correlatos, em especial a chefia da UTIP.

Quando nos definimos pelo tema, percebíamos no cotidiano de trabalho dois aspectos marcantes que vinham nos causando inquietações de longa data, quais sejam:

- os enfermeiros tinham resistência, a qual se aproximava da aversão, pelo cargo de chefe da unidade de enfermagem; e os que aceitavam o encargo eram, praticamente, coagidos para tal. Esse evento acontecia de maneira semelhante em quase todas as unidades de enfermagem da instituição, não se restringindo à UTIP. Mesmo havendo eleição para o cargo de chefe, pela equipe de enfermagem da unidade, a pressão era intensa no sentido de os enfermeiros se disporem a ocupar o mesmo; muitas vezes, até após terem sido eleitos, eles titubeavam em aceitá-lo;
- a equipe de enfermagem da unidade, apesar de conviver e trabalhar com o enfermeiro, de conhecê-lo quando este assumia a chefia, transferia-lhe todas as expectativas do grupo, passando a vê-lo como “salvador da pátria”, capaz de solucionar problemas de diversas naturezas e instâncias. E o novo chefe aceitava e alimentava, na maioria das vezes, essas expectativas. Passado algum tempo, o grupo percebia que o enfermeiro-chefe era falível, que a solução de vários problemas não dependia ou não estava ao alcance dele; então, decepcionava-se e iniciava as tentativas para substituí-lo por outro, o qual sofria o mesmo processo de idealização-depreciação (Moscovici, 1996) pela equipe.

Diante dessas percepções, acreditávamos, previamente, que o enfermeiro rejeitava o cargo de chefe da unidade por sentir-se sobrecarregado, não receber remuneração condizente ao cargo, não ter liberdade de ação, ou seja, não poder, dentre tantas outras coisas, demitir, contratar ou premiar os subordinados, por ser essa uma instituição pública; e até por não poder falar claramente das situações-problema, pois os integrantes da equipe geralmente tomam como crítica pessoal e não como uma crítica construtiva dirigida a uma ação ou a um procedimento profissional. Então, pensávamos ser esta uma prática inerente às mulheres, visto que o grupo referido é constituído somente por elas e por não observarmos nos homens essa atitude tão explicitamente.

No entanto, depois de percorridos os passos iniciais deste trabalho, começaram a ser desvelados aspectos impensados por nós, complexos, paradoxais, que desestimulam, desmotivam e tornam o cargo indesejável pelos enfermeiros da UTIP, como por exemplo, a idealização de o enfermeiro fazer somente assistência direta ao paciente e a realidade institucional que se apresenta, aspectos esses que proporcionam a formação de zonas de conflitos interiores, os quais geram sentimentos de culpa, inadequação; o não reconhecimento e negação, por parte dele e da equipe, da autoridade que o cargo confere ao chefe; a falta do trabalho interdisciplinar, entre outros, como estão explicitados nos dados que emergiram durante a prática assistencial.

Afinal, que trabalho é esse?

É um trabalho conflituoso, paradoxal, complexo, necessário, desafiante, envolvente, que requer persistência, atenção constante no sentido de buscar diariamente o engajamento da equipe de enfermagem na procura de soluções para as desordens, os imprevistos, as situações-problema que vivenciamos no nosso cotidiano laboral e no cotidiano privado, porque este também repercute diretamente no espaço público (UTIP), sendo necessário ter essa visão.

E a pergunta permanece em aberto, à espera de outras respostas, ou seja, **que trabalho é esse?**

Essa compreensão nos faz vislumbrar o longo caminho que temos pela frente, pois novas dúvidas e questionamentos surgiram e necessitam que sejam buscadas respostas ou alternativas.

A caminhada feita até aqui, possibilitou-nos descortinar uma nova forma de entender as questões relativas à chefia da UTIP e responder alguns dos questionamentos que lançamos quando do início desta trajetória; porém, temos consciência que outros permanecem como interrogações e que precisamos avançar, porque como profissionais e indivíduos inacabados que somos, dispomos da possibilidade de crescer, mudar, modificar, interferir na nossa realidade vivencial e laboral, podendo recriá-las, se assim almejarmos.

Mas agora, há uma convicção, alicerçada pelo grupo da prática, de que chefe de enfermagem para a UTIP é necessário, como expressam as falas:

... trabalhar sem chefe foi a pior experiência que eu tive, e, já, tive várias experiências profissionais. É uma bagunça (Magaly);

... é mesmo, vira uma bagunça, todo mundo quer mandar, tu não sabes a quem te dirigir quando tu precisas de uma orientação. Ninguém resolve nada e todo mundo manda (Violeta);

... acho que a chefia da unidade é necessária sim, (...) (Pavonia).

Consideramos oportuno ocupar parte deste espaço para pontuar as dificuldades encontradas na trajetória durante a construção da prática assistencial, até para que possa servir de subsídio aos responsáveis pela formação de enfermeiros (ou de embasamento para as disciplinas de metodologia); são elas:

- ancoragem numa teoria contrária ao paradigma vigente, isso exigiu e está exigindo uma desconstrução radical de crenças, valores, concepções pessoais e profissionais;
- desconhecimento da psicologia de grupo;
- falta de domínio de técnicas que dinamizam grupos;
- inabilidade em fazer entrevistas;
- inexperiência em ser facilitador de grupos;
- dificuldade em abstrair e fazer análise da essencialidade das falas do grupo;
- exigüidade do tempo para a realização da prática assistencial;
- trabalho solitário, sem um acompanhamento mais direto pelos docentes das disciplinas, aliado à nossa inexperiência e inabilidade em experienciar projetos,

bem como estar completamente à mercê do engajamento do grupo no mesmo, constituem fatores de ansiedade ao mestrando;

- intercorrências que aconteceram com os pacientes, característico de UTIP, as quais, em determinados momentos, impediram a participação de alguns integrantes do grupo nas reflexões.

Em contrapartida, não podemos deixar de mencionar os aspectos positivos que emergiram no estudo, quais sejam:

- o nível de maturidade, responsabilidade, participação e engajamento dos integrantes do grupo no trabalho;
- o apoio incondicional e imprescindível do enfermeiro-chefe da UTIP à realização da prática assistencial;
- a folga para os indivíduos que se dispuseram a participar das reflexões fora da sua jornada de trabalho;
- a satisfação, a descontração, a informalidade, a alegria que os participantes demonstraram nos encontros e durante as reflexões;
- os resultados conseguidos, até aqui, os quais consideramos parcialmente elucidativos à problemática do cargo de chefe da UTIP.

Com relação ao objetivo proposto, pensamos tê-lo alcançado; para isso, foram necessários determinação, superação e perseverança, a fim de transpor as nossas dificuldades e limitações pessoais nessa caminhada.

Nos encontros da prática assistencial, percebemos a necessidade que o grupo tem de um espaço, como indica Dejours (1996), para extravasar as angústias, as ansiedades, as dúvidas, os assombramentos, as omissões, as contradições, os embates, as conquistas, as satisfações, as vitórias ou simplesmente um lugar onde se possa falar, deixar falar, ouvir, fofocar, confraternizar informalmente com os companheiros da labuta diária. Esses momentos de reunião, além de prazerosos são ricos e se constituem no local apropriado para a tomada de consciência sobre vários aspectos da realidade que nos circunda, pois a

conscientização se processa em seres humanos concretos, inseridos em estruturas sociais, econômicas, religiosas, políticas, propiciando ao indivíduo rever constantemente suas ações a fim de redirecioná-las, modificá-las e humanizá-las, se assim o desejar.

Mas o importante, como dizem Assmann & Sung (2000, p. 15), “é enxergar muitas esperanças gostosas do nosso dia-a-dia, e acreditar que elas são factíveis, relevantes, geradoras de alegria, embora nunca plenamente satisfatórias” pois “o sonho do ótimo pode ser inimigo do bom”.

Todo mestrando quando realiza um trabalho acadêmico desta natureza, tem a pretensão de que o mesmo possa ser relevante. Não é diferente conosco. Nesse sentido, e com o espírito livre de vaidades, é que ousamos indicar algumas recomendações:

- Aos Enfermeiros Assistenciais

Gostaríamos de observar que, no intuito de preservar e contemplar o compromisso de educar, os profissionais enfermeiros precisam identificar e intermediar opções para que junto da equipe de enfermagem e não somente do paciente, família ou comunidade, seja construída conjuntamente, a partir da realidade que se apresenta, uma nova realidade, pelo compartilhamento, socialização de conhecimentos, experiências, vivências, ao mesmo tempo em que é imperioso respeitar a curiosidade, a necessidade, o interesse, o desejo de cada indivíduo, tendo um senso acurado de oportunidade e maturidade no sentido de não minimizar, ridicularizar ou desprezar as experiências e saberes do outro. Advém deste enfoque a relevância de o enfermeiro enquanto educador, assumir uma atitude de participante nas relações educativas, ao invés de colocar-se como detentor do conhecimento e do saber, numa relação impositora e verticalizada, centrada apenas nas suas expectativas.

Outro aspecto que consideramos primordial é que os enfermeiros-chefes tenham a compreensão, como indicam Marquis & Huston (1999, p. 43), de que “problemas aparentemente intransponíveis, falta de recursos e apatia individual têm sido e continuarão a ser questões enfrentadas pelos enfermeiros”; e que, nos tempos

presentes, quando o conhecimento se obsoletiza numa velocidade frenética, não é suficiente o enfermeiro ter seu cargo de chefe garantido no organograma institucional ou em lei. Será necessário, então, que os enfermeiros-líderes, segundo a recomendação das autoras, “façam todo o esforço possível para permanecer atualizados na compreensão e aplicação dos princípios de liderança contemporânea” (p. 44), desarraigando-se dos cargos, pois, conforme pontua Bridges (1996, p. 43), “a tarefa agora é esquecer os cargos e voltar-se para o trabalho que requer realização. A liderança requer realização”.

E o mais importante, gostaríamos de enfatizar que neste trabalho explicitamos uma forma de ver e pensar a Chefia de Enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica – UTIP e não a forma; portanto, não se trata duma receita. Cada enfermeiro, diante do contexto que se apresente, das suas crenças e valores, visão de mundo, das suas habilidades e capacidades, pode optar por qual linha de chefia ou liderança seguir.

- Aos Dirigentes de Serviços de Enfermagem

Que estejam atentos para a urgência de cuidar dos cuidadores, ou seja, dos trabalhadores de enfermagem, independentemente das categorias funcionais em que estão inseridos.

- Aos Pesquisadores da Área de Enfermagem

Talvez as questões administrativas da enfermagem sob a perspectiva do paradigma da complexidade se apresentem como um campo amplo e profícuo à investigação.

- Aos Docentes de Enfermagem

Esse novo olhar sobre a administração em enfermagem, genericamente falando, remeteu-nos a pensar em mudanças no processo de graduação de enfermagem, porque temos a compreensão de que a forma tradicional de ensinar a mesma não dá conta, não prepara o enfermeiro para enfrentar os desafios da experiência cotidiana. Há necessidade de o profissional estar apto para saber fazer a leitura da realidade que é mutante, efervescente. Aprender que os sistemas relacionais nos quais ele está inserido são conflituais, dinâmicos, instáveis, exigindo criatividade, flexibilidade, engajamento de toda a equipe e que, portanto, o enfermeiro-chefe deve prestigiar a experiência e o conhecimento do outro, socializar os saberes com o grupo, assim oportunizando o crescimento dos integrantes do mesmo e o seu próprio, pois, como chefe ou líder, precisa daquele para que o trabalho seja realizado, como pontua Goleman (1999). Nessa perspectiva, advogamos a premência de a academia dar oportunidade aos egressos, sejam eles enfermeiros assistenciais ou docentes, para que preencham as lacunas da sua formação, e assim possam constituir uma massa crítica e reflexiva de profissionais capazes de contribuir no processo educativo dos alunos do curso de enfermagem, bem como dos membros da equipe de enfermagem e dos indivíduos (pacientes, família, comunidade) em geral, porque no mundo globalizado em que vivemos, como asseveram Assmann & Sung (2000, p. 13), “o trabalho humano passou a ser constantemente reconceituado”.

Uma última observação, para concluirmos, se é possível nos expressarmos desta forma. Somos sabedores de que o tema é amplo, complexo, desafiado, permanecendo em aberto e que, apesar de ser apenas o ponto inicial, este trabalho, como assegura Nietzsche (2000, p. 333), “é resultante de um interesse particular, porém se sustenta na herança do conhecimento humano solidariamente compartilhado na longa, apaixonante e instigadora história das sociedades”.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALVES, R. **Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e as suas regras**. São Paulo: Loyla, 2000.
- ANDRADE, Suely Gregori. **Teoria e Prática de Dinâmica de Grupo: jogos e exercícios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- ANDREOLA, B. A. **Dinâmica de Grupo: jogo da vida e didática do futuro**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- ARANHA, M.L.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1993. p. 310- 353.
- ASSMANN, H.; SUNG, J. M. **Competência e Sensibilidade Solidária: educar para a esperança**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAREMBLITT, G. (org.) et al. **Grupos: teoria e técnica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1986.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. **Insignificâncias Essenciais: a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar**. Cuiabá: Edufmt, 1998, 196 p.
- BERGAMINI, C. W. **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.
- BITTENCOURT, F. R. Reavivando a liderança. In: **Tendências do Trabalho**, março 1997.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Conselho Federal de Enfermagem**. Lei nº 7.498, de 25.06.86 (DOU 26.06.86). Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, VIII, 1986. Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRIDGES, W. Conduzindo a organização sem cargos. In: HESSELBEIN, F. et al. **O Líder do Futuro: visões, estratégias e práticas para uma nova era.** São Paulo: Futura, 1996.

CERVO, A. et al. **Compartilhando experiências com os enfermeiros do HUSM: construindo um trabalho coletivo e socializador.** Santa Maria, 2000 (trabalho apresentado à disciplina de Fundamentos da Educação do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem – mimeo).

COLASANTI, M. **Eu Sei, Mas Não Devia.** Rio de Janeiro: Rocco, 1996. p. 9.

CRUZ, J. F. G. **Assistência à Saúde no Brasil: evolução e o Sistema Único de Saúde.** Pelotas: Educat, 1998.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20. n.1, p. 5-25, janeiro 1999.

DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (coord.). **O Indivíduo na Organização.** São Paulo: Atlas, 1996.

DRUCKER, P. Nem todos os generais foram mortos. In: HESSELBEIN, F. et al. **O Líder do Futuro: visões, estratégias e práticas para uma nova era.** São Paulo: Futura, 1996.

D'ASSUMPÇÃO, E. A. **Comportar-se Fazendo Bioética: para quem se interessa pela ética.** Petrópolis: Vozes, 1998.

ERDMANN, Alacoque L. O cotidiano nas organizações de enfermagem hospitalar: fundamentos para estudo. In: REZENDE, A. L. M. et al. **O Fio das Moiras: o afrontamento no cotidiano de saúde.** Florianópolis: UFSC, 1995.

_____. **Sistema de Cuidados.** Pelotas: UFPel, 1996.

FANDIÑO, A. O papel da liderança nas transformações das organizações. In: **Tendências do Trabalho**, abril 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FISCHER, G. N. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, J. F. (Coord.). **O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas.** São Paulo: Atlas, 1993, v. II.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, M. E. Contexto social e imaginário organizacional moderno. In: **RAE**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 6-15, abr./jun. 2000.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração Estratégica de Serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOLEMAN, Daniel. Do que é feito um líder. In: **HSM Management**, 14 maio-junho de 1999.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 125-269.

GONZALES, R. M. B. et al. **Cenários de Cuidados: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

HANSEL, T. D. **Educação continuada em UTI: o caminho da revalorização do trabalhador de enfermagem**. Santa Maria, 2000 (Monografia do Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem – Espensul).

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. **Psicologia para Administradores de Empresas**. São Paulo: EPU, 1976.

JEBAILI, P. O perfil do novo líder: quais as habilidades para conduzir as empresas do futuro. In: **Inovação Empresarial**, abril 1997.

KLEMENT, C. F. F. **Complexidade no Sistema de Produção de Serviços: um estudo de caso no setor hoteleiro**. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado em Administração). Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de Marketing**. 7.ed. Rio de Janeiro: Prince-Hall do Brasil, 1998.

KOTTER, J. P. Os líderes necessários. In: **HSM Management**, 4 setembro-outubro de 1997.

KURCGANT, P. (coord.) et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, E.; FERREIRA, L. C. **Relatório de Avaliação: Diagnóstico e Mobilização – 2º Momento**. Dinâmicas do Corpo Gerencial. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, março de 1997.

LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 20-33, jul./dez. 1996.

MACHADO, Eliane. Gente que cuida de gente. **Nursing: Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, ano 3, n. 29, p. 8, out. 2000.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MINUCI, A. **Técnicas do Trabalho de Grupo**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MORAES, R. **Uma Tempestade de Luz: a compreensão possibilitada pela análise textual qualitativa**. Santa Maria, s.d. (mimeo).

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. Portugal: Europa-América, 1982 (Coleção Biblioteca Universitária, n. 32).

_____. **Para Sair do Século XX**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

_____. **Contrabandista dos saberes**. In: PESSIS-PASTERNAK, G. **Do Caos à Inteligência Artificial: quando os cientistas se interrogam**. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

_____. **Epistemologia da complexidade**. In: SCHMITMAN, D. F. **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a.

_____. **Complexidade e liberdade**. In: MORIN, E.; PRIGOGINE, I. E outros autores. **A Sociedade em Busca de Valores: para fugir à alternativa entre o cepticismo e o dogmatismo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996b.

_____. **A noção de sujeito**. In: SCHMITMAN, D. F. **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996c.

_____. **O Método IV. As idéias: habitat, vida, costumes, organização**. Porto Alegre: Sulina, 1998. 288 p.

_____. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2000.

_____. **Entrevista concedida ao programa Roda Viva da TVE em 29 de janeiro de 2001**.

_____. **Introdução às jornadas temáticas**. In: MORIN, E. **A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001c.

_____. **Da entrevista no rádio e na televisão**. In: SILVA, JUREMIR M. (org); CLOTET, J. **As duas Globalizações: complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente**. Porto Alegre: Sulina/EDIPUCRS, 2001b.

MOSCOVICI, F. **Renascença Organizacional**. 2.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia Emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí: Unijuí, 2000.

NITSCHKE, R. G. **Mundo Imaginal de Ser Família Saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas: Editora Universitária – UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999. 199 p. (Série Teses em Enfermagem, 21).

NORMANN, R. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.

PATRÍCIO, Zuleica M. Administrar é trabalhar com gente. A interdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 68-69, jul./dez. 1996.

PENTEADO, J. R. W. **Técnica de Chefia e Liderança**. 9.ed. São Paulo: Pioneira, 1986.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.) et al. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Pape-Livros, 1999. 176p.

PIVA, J. et al. **Terapia Intensiva Pediátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1990.

_____. A equipe multidisciplinar. In: ZEN, Jaqueline et al. **Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

POLETTI, D. S. **Liderança Integrativa na Enfermagem**. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. **A Nova Aliança: metamorfose da ciência**. Brasília: UnB, 1997.

REGIMENTO Interno do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria: EDUFMSM, 1988.

RELATÓRIO de Implementação do Processo de Acreditação Hospitalar do HUSM, maio de 2001 (mimeo).

RELATÓRIO da Coordenação de Recursos Humanos do HUSM. Santa Maria, outubro de 2000 (mimeo).

RELATÓRIO da Coordenação Financeira do HUSM. Santa Maria, fevereiro de 2001 (mimeo).

SCHMENNER, R.W. **Administração de Operações em Serviço**. São Paulo: Futura, 1999.

SCHRAMM, F. R. **A Terceira Margem da Saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário**. Brasília: UnB, 1996.

SERVA, M. O paradigma da complexidade e a análise organizacional. In: **Rev. de Administração de Empresas**, São Paulo, 32(2), p. 26-35, abr./jun. 1992.

SIQUEIRA, H. C. H. **Construção de um Processo Educativo, Através do Exercício da Reflexão Crítica Sobre a Prática Assistencial Integrativa, num Hospital Universitário**. Florianópolis: UFSC, 1998, 218p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação da UFSC, 1998.

SLACK, N. et al. **Administração da Produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Enfermagem Hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: UnB, 1988. 142p.

VIEIRA, Elio. **Recursos Humanos: uma abordagem interativa**. São Paulo: CEDAS, 1994.

ZEN, Jaqueline. Autonomia do enfermeiro intensivista pediátrico. In: ZEN, Jaqueline et al. **Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Convite

PREZADO COLEGA!

Necessito fazer um trabalho prático para o curso de mestrado, para tanto a sua participação no grupo de estudo é de fundamental importância para mim. A dinâmica do grupo será um encontro semanal, com duração aproximada de 40 min. a 60 min., no máximo, cada um, durante um mês e meio. O primeiro encontro será em dia e horário estipulados por mim, provavelmente dia 30/04/01 às 13:30h na sala 6011; os outros, acontecerão conforme entendimento do grupo (dia e hora). Comprometo-me a manter em sigilo a identidade dos participantes; para isso, cada um escolherá um “apelido” para si, e também terá a liberdade para deixar o grupo se não se sentir motivado a participar ou colaborar na realização do trabalho. O assunto versará sobre a problemática do chefe, da importância ou não da chefia de unidade de enfermagem, quais as expectativas que nós alimentamos em torno do chefe e procurar “os motivos” pelos quais os enfermeiros não querem ser chefe da nossa unidade (bem como coordenador ou diretor de enfermagem no HUSM). Será um grupo pequeno de no máximo 10 a 12 pessoas, todas da UTIP. Na primeira reunião haverá maiores esclarecimentos sobre possíveis dúvidas ou a qualquer momento, se você desejar.

Aguardo a sua resposta com muita expectativa e ansiedade e desde já muito obrigada.

Abraços

Vania.

APÊNDICE B**Autorização**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

De: Vania Marta Pradebon

Mestranda em Enfermagem: filosofia, saúde e sociedade – UFSC

À Diretora de Enfermagem: Enf^a. Maria Lúcia R. da Silva

Assunto: Solicitação (faz)

Vimos por intermédio deste solicitar autorização para desenvolvermos trabalho prático referente à disciplina “Prática Assistencial de Enfermagem” no Curso de Mestrado Interinstitucional em Enfermagem, nesta instituição, na unidade em que atuamos, bem como autorização para divulgar os dados encontrados. O referido trabalho é sobre a resistência de parcela considerável de enfermeiros em assumir a chefia de unidade de enfermagem no contexto atual como está posto no projeto da prática assistencial, em anexo. Para tanto, contamos com a orientação da Dr^a. Alacoque L. Erdmann. Gostaríamos de salientar que já conversamos informalmente a respeito do assunto com a chefe de enfermagem da UTIP.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos certos de obtermos retorno prontamente e aproveitamos a oportunidade para agradecer o apoio recebido nessa empreitada.

Atenciosamente

Vania Marta Pradebon

APÊNDICE C

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente documento, declaro que fui informado de forma clara sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao projeto **“O Cotidiano da Chefia de Enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica: que trabalho é esse”?** cujo objetivo é: desenvolver um processo reflexivo junto à equipe de enfermagem sobre o cargo de chefe da UTIP, em seu cotidiano, à luz do paradigma da complexidade, a partir da ótica dos sujeitos atores desse subsistema. Apresentado à disciplina Prática Assistencial em Enfermagem, e que posteriormente se tornará dissertação no Curso de Mestrado Interinstitucional em Enfermagem; área de concentração: filosofia, saúde e sociedade.

Também fui informado ainda:

- dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de obter esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente ao estudo;
- da liberdade de participar ou não do estudo, tendo assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- da segurança que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa do estudo;
- da segurança de acesso aos resultados do estudo.

O estudo observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que o justifiquem e com possibilidades de responder a incertezas, prevalecendo sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido, consinto em participar do estudo proposto, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A enfermeira responsável por esse projeto é VANIA MARTA PRADEBON, que está sendo desenvolvido sob a orientação da Dr^a. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN, tendo esse documento sido revisado e aprovado pela Direção de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria, em 30 de abril de 2001.

Data: ____/____/2001.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura do responsável: _____

OBS.: O presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

APÊNDICE D**Escolha do Cognome****ESCOLHA SEU COGNOME****MEU NOME É** _____**MAS POSSO SER CHAMADA DE:** _____

OBSERVAÇÃO: preencha e coloque dentro do envelope, sem compartilhar com ninguém, isso é para preservar a sua identidade no trabalho.

APÊNDICE F

AGRUPAMENTO POR SEMELHANÇA DOS DADOS OBTIDOS NO GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

RELAÇÃO DOS TEMAS DISCUTIDOS NOS ENCONTROS COM O GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL:

1. **CONCEITOS DO P. DA COMPLEXIDADE: ordem, desordem e organização**
2. **SENTIMENTOS MANIFESTADOS PELO GRUPO EM SITUAÇÕES IMPREVISTAS**
3. **PERCEPÇÕES SOBRE A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HUSM**
4. **PERCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA UTIP**
5. **EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO CHEFE**
6. **CONDIÇÕES INSTITUCIONAIS OFERECIDAS AO EXERCÍCIO DA CHEFIA**
7. **PORQUE NINGUÉM DESEJA SER CHEFE DA UTIP?**
8. **LIMITES**

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
2	1 a) ORDEM	1	É harmonia
		2	Ordem eu vejo dentro de um esquema
		3	Tudo no lugarzinho
		4	Tudo seqüenciado, planejado
		5	Vou adiantando o serviço, planejando
		6	Às vezes, a ordem é um "saco", é aquela rotina
		7	No planejamento deixar margem para os imprevistos, senão engessa demais
		8	Às vezes a ordem das pessoas se chocam e podem causar desordem
	b) DESORDEM	9	Insegurança
		10	Desordem é necessário para evoluir
		11	Desordem é bagunça
		12	Não necessariamente bagunça, sujeira, desarrumação
		13	A gente se organiza na desordem
		14	Quando sai da rotina, fora de ordem
		15	Saber trabalhar fora de ordem porque nunca vai estar tudo organizado
		16	As coisas são instáveis, não começam e terminam num mesmo padrão
		17	A desordem material atrapalha o teu serviço
		18	Desordem é alteração do ritmo normal
		19	Sempre que se atua se desordena pra se ordenar de novo
		20	Pra gente crescer é necessário que aconteça desordem
	c) ORGANIZAÇÃO	21	Eu organizo as minhas coisas em cima daquilo que eu acho que pode vir acontecer
		22	Pra tudo estar organizado tem que ter uma desorganização
		23	Ordem e desordem é um ciclo contínuo
		24	A vida tem altos e baixos
		25	Os imprevistos alteram a organização
3	2-SENTIMENTOS frente às desordens	26	Senti receio, medo
		27	Ansiosa, apreensiva diante se uma situação que não se conhece
		28	Não tive medo, porque foi apresentada por uma pessoa conhecida, não me faria mal
		29	Vontade de explorar mais, curiosidade em identificar as coisas

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		30	Nem tudo que parece é
		31	Aparece imprevistos tens que enfrentar e tomar decisão e aí que decisão tomar?
		32	Tu não sabes, vai tateando
		33	A gente pode sentir medo, surpresa, curiosidade, prazer
		34	Com o desconhecido tu vais com mais ansiedade, receio
		35	Às vezes tu tateias no escuro
2	3- ORGANIZAÇÃO do Serviço de Enfermagem.	-----	-----
	a) Organograma atual	36	A valorização é uma autovalorização. Enquanto te colocas como inferior, ninguém te respeita
		37	Queriam que a enfermagem voltasse ser subordinada à direção clínica. Essa é uma luta permanente
		38	Acho que seria muito difícil as chefias chegarem direto à direção, é muita chefia, seria muito sobrecarregado (p/ diretora)
		39	O organograma não precisa mudar, a gente conseguiu mais força que no antigo.
		40	Não é o organograma que está errado, não é a distribuição hierárquica, é a maneira como está sendo conduzida
	b) Atuação da Direção de Enfermagem.	41	O que precisa mudar é a maneira de agir das pessoas que estão lá
		42	Não seria o caso da direção vir até nós? De vez em quando?
		43	A coordenadora vem até nós, toda hora, mas a diretora realmente ela podia vim de vez em quando
		44	Eu acho que elas estão fora da nossa realidade. Todas elas, inclusive a coordenadora. Fica aquela coisa muito burocrática, parece que elas não enxergam, inclusive coisas pequenas
		45	Não precisaria a diretora vir todo o dia, mas venha ouvir um pouquinho se tem algum problema de vez em quando
		46	Eu acho a direção muito longe, tinha que chegar mais perto, todo o funcionário tinha que ser mais ouvido, não só nós enfermeiras ou chefes, todos tinham que ter mais acesso
		47	Acho que tem que ter um contato maior
		48	Eu nem sei quem é, não conheço
		49	Porque são sempre as mesmas?
		50	Mas quem é que quer pegar o cargo? Ninguém quer pegar esses cargos, são raras as pessoas que querem pegar
		51	Porque não querem ser chefe?
		52	Sim, só que aquelas pessoas que pegam são aquelas que nunca trabalharam em unidade
		53	Não, elas trabalharam em unidade, mas parece que elas perdem o tato, a sensibilidade, talvez é isto
		54	Também a gente não está do outro lado, não sei como é que é. Sei que a representatividade dela é muito boa. Parece que a enfermagem é bem representada.
		55	Nesse nível, nas direções
		56	Talvez não consiga fazer mil coisas ao mesmo tempo
		57	No momento que não tem reunião o funcionário não sabe o que está acontecendo na instituição
		58	Também acho que no mínimo 2 reuniões por ano. Convidar todos os funcionários de enfermagem do hospital, pra dizer o que a direção fez ou está fazendo, quais são os planos
	b1) Cuidar os Funcionários	59	Porque pra nós funcionar aqui alguém precisa cuidar da gente e quem está cuidando de nós?

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		60	O que estão fazendo para a capacitação dos funcionários, está faltando apoio para a realização do curso técnico de enfermagem
		61	Nesse caso quem ganha é a pessoa, a instituição e o paciente
		62	Todos saem ganhando
		63	Facilitar as pessoas a crescer, facilita um, facilita outro, não só se dirigir para um lado
		64	Falam tanto em humanização, mas não vejo humanização pro funcionário, não vejo
		65	Mas ele é humano também, quem cuida dele, e os problemas dele?
		66	É ética essa sobrecarga de horas extras e bolsas, tudo em nome da colaboração com a unidade, com os colegas?
		67	... não se considera o lado do funcionário
3	4- Trabalho da Enfermagem na UTIP	68	Sempre peço a Deus que ilumine meus passos e meus atos
	a) Percepção do Grupo	69	Pra mim o serviço é braçal
		70	Ou pernal
		71	Pra mim é braçal e intelectual, tu tens que estar sempre antenado, ligado também, será que é isso?
		72	O que será que está acontecendo? A medicação está certa?
		73	Porque enquanto trabalho braçal tu não precisa pensar, e não é isso que acontece, são as duas coisas juntas
		74	O trabalho não é mecânico
		75	Não é um trabalho rotineiro, é uma caixinha de surpresa
		76	Aqui na UTIP cada dia é diferente, é totalmente dinâmico
		77	Tu sais deixas 2 pacientes, tu voltas no outro dia está cheio, com coisas totalmente diferentes
		78	Apesar de ter rotina de procedimentos, de atividades a serem feitas, as relações e as intercorrências são muito variadas
		79	Então, é um trabalho rotineiro que não é rotineiro
		80	É um trabalho que traz recompensas e ajuda a aceitar as nossas dificuldade porque vê no hospital coisas piores
		81	O trabalho da enfermagem é um aspecto da vida, mas não é toda a minha vida, faço bem feito, mas tem outras coisas que gosto mais
		82	Não me imaginaria fazendo outra coisa, penso, penso mas sempre aparece a enfermagem
		83	Pra mim a enfermagem apareceu como a salvação, já não tinha mais o que fazer
	b) Inserção do chefe na dinamicidade da enfermagem	84	Eu já assumi chefia e particularmente não gosto, não gosto porque tu deixas de fazer, atender o paciente para ir atrás dessas outras coisas. Faz parte do trabalho da enfermeira
		85	O chefe não sai inteiro da UTIP porque deixa o seu trabalho na unidade, embora saiba que tem que ir nos compromissos que são para ele
		86	O chefe faz a ligação da unidade com o mundo lá fora, o que é muito importante, porque sem isso a unidade não se alimenta, somos esquecidos pelo resto da instituição
		87	Não é uma postura tranqüila a do chefe
		88	O chefe deve assumir a sua posição, não se abaixar demais
		89	O chefe deve delegar poderes para os outros
		90	O que não significa isentar-se de responsabilidades, delegação não tira jamais as responsabilidades de quem delega
		91	O chefe tem função de mediar a situação (relações)

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		92	O pior para o chefe é quando tem que chamar a atenção de alguém ou conversar sobre coisas que não estão bem, isso é horrível
		93	Temos a carga assistencial muito forte, por isso, é difícil a administração, chefia
		94	O chefe deve ser atuante, não adianta na hora do difícil deixar pros outros
		95	Quando não há acordo, em certas situações o chefe deve decidir, ser diretivo, impositivo, por exemplo em PCR, não é hora de fazer consultas
	c) Necessidade do chefe ou de chefia	96	Trabalhar sem chefe foi a pior experiência que eu tive e já tive várias experiências profissionais
		97	É mesmo, vira uma bagunça, todo mundo quer mandar, tu não sabes a quem te dirigir quando tu precisas de uma orientação. Ninguém resolve nada e todo mundo manda
		98	É preciso haver maturidade para trabalhar sem chefia, não creio que seja necessário sempre que uma pessoa assuma o cargo. Pode-se variar, às vezes um coordena o grupo, depois outro e assim por diante
		99	Mas para isso é necessário estar preparadas, coisa que não aconteceu com elas
		100	Então vocês acham que chefia é necessário?
		101	Nós achamos
		102	O chefe é necessário, ele tem o dia a dia daquele setor, o que precisa, como vai coordenar as atividades do setor. Ele está perto
4	5- Expectativas em relação ao chefe	-----	-----
	a) individuais	103	Democrático, represente o grupo e defenda seus interesses, que seja claro nas informações, que saiba identificar problemas no grupo ou que peça ajuda quando não souber
		104	Ter responsabilidade, colaborativo com a equipe, com o hospital inteiro, ter muito espírito de colaboração e compartilhamento
		105	Ter espírito de integração com o grupo, iniciativa. Se o chefe não tem iniciativa coitado do grupo. Sensibilidade, firmeza
		106	Compreensão e cooperação para melhor funcionamento do trabalho
		107	Uma pessoa amiga, não só na hora do serviço, que tenha equilíbrio, cautela e garra
		108	Compreensivo, que tenha pulso (firmeza), confiabilidade, de bem com a vida
		109	O chefe precisa saber colocar limites quando a situação se apresenta
		110	Ter pulso não só em termos de pessoal, também em termos de material
		111	Companheiro, amigo, solidário
		112	Integrado com seu grupo, que seja imparcial. Que as decisões não beneficiem uns em detrimento de outros, responsável também
		113	O chefe tem que se posicionar, mas tem que ser político também
		114	Ponderação, porque tu não podes perder a confiança das pessoas. Jogo de cintura tem limites
		115	Tem momentos que o chefe tem que se opor à direção em favor do grupo
		116	São várias coisas, tem que ponderar as coisas da direção, do setor, não pode ser só pra um lado

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		117	Eu acho que o chefe tem que ser justo, ser firme, o chefe não pode passar a mão em quem está errado em detrimento de quem está certo
	b) grupais	118	Todas essas coisas que falamos
		119	Compartilhar com o grupo, ajudar nas dificuldades
		120	Tive várias experiências em que me senti totalmente à deriva, são momentos que tu precisas de apoio, tu precisas que tua chefe mostre...
		121	Passar segurança para a equipe, se o chefe não confia na equipe isso atrapalha a auto-confiança
		122	O chefe deve ser flexível diante das situações. O chefe que tudo sabe é porque não tem humildade de dividir com a equipe. Atrás da prepotência esconde a insegurança
4	6- Condições institucionais ao exercício da chefia	-----	-----
	a) positivas	123	Acho que aqui a gente tem liberdade pra fazer as coisas
		124	Tem liberdade, tem autonomia, tu tens respaldo dos outros superiores a ti, eu acho que aqui é muito bom
		125	Aqui tu és ouvida
		126	A direção de enfermagem quando solicitada sempre deu resposta, a coordenação também
		127	Eu acho que aqui tem vantagem, até tem um número grande de enfermeiros, tem enfermeiro em todos turnos, então tem mais facilidade em fazer chefia
		128	Em situações difíceis tu te amparas nos colegas, não fica tão difícil como trabalhar sozinha
		129	Eu acho que aqui não é tão ruim, tem mais liberdade, mais facilidade pra trabalhar que em outros lugares (instituições)
		130	Acho que melhorou muito, o pessoal colabora, a coisa antigamente era mais complicada
	b) negativas	131	Pra mim aqui na instituição o chefe de unidade não tem liberdade para fazer a maioria das coisas, desde pequenas coisas como dar uma folga a mais para premiar um funcionário, nada disso é possível sem passar pela coordenadora
		132	Tu és obrigado a receber funcionários problemas que tu sabes que vai desestruturar o grupo e ainda assim tu és obrigada a receber
		133	Acho que as coisas são muito hierarquizadas, vem tudo decidido de cima. Já vem pronto
		134	Acho que depois que X assumiu a coordenação tudo ficou mais reprimido, a gente é coagida a não falar
		135	Ela é repressiva, ela não escuta a gente falar. Ela tem as idéias dela e considera mais elevadas. Ela não flexibiliza a coisa
		136	Acho que depende da pessoa, não tanto da instituição, depende da pessoa que está na coordenação. Se é controlador, bitola mais o chefe
		137	Pra mim a atuação do chefe de unidade é bem restringida pelas instâncias superiores
		138	Acho que não tem autonomia como parece, acho que é a coordenadora que determina as coisas, vêm de cima prontas, eles decidem lá o que tem que fazer
5		139	A política utilizada, as coisas vem de cima, a direção decide e implanta aqui no serviço, tipo a escala fixa

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		140	Concordo que existe bastante hierarquização, e que as coisas vêm impostas de cima
5	7- Por que não querem ser chefe?	141	Uma boa pergunta, porque ninguém quer ser chefe?
	a) trabalhar sozinho	142	Acho que gostar ninguém gosta. A gente vai por uma necessidade, uma situação mas não que a gente queira ser
		143	Pelos incômodos
		144	Alguém tu acaba descontentando
		145	Exatamente, a gente que tem essa postura de querer agradar a todos, não quer magoar ninguém, então pra gente é difícil, porque alguém sempre sai descontente
		146	Um exemplo bem simples, comum, é a escala. A gente tem que olhar todas, então alguém sempre fica descontente
		147	Seria interessante todas passarem pelo cargo, pra ir de encontro com essas dificuldades
		148	O pessoal reclama, mas no fundo eles sabem e até entendem, só que quando mexe no seu pessoal, aí a coisa fica difícil
		149	A gente acumula função, sobrecarga
		150	Tu és enfermeira assistencial. Na unidade tu tens que fazer tudo o que é da enfermeira e mais todas essas outras atividades burocráticas
		151	Ir nas reuniões
		152	Estava na reunião, mas estava preocupada porque a unidade estava cheia e X de atestado
		153	Então é difícil sair e deixar a unidade
		154	A chefe é sobrecarregada porque as pessoas acham que a chefe é responsável por resolver todos os problemas
	b) delegar	155	Eu acho que o chefe tem que dividir as coisas
		156	Se tem idéia errada de chefe, eu acho que não é uma figura só que tenha que resolver todas as coisas
		157	Acredito numa coordenação das coisas, acho que tem que ter um grupo que faça as coisas girar
		158	A responsabilidade do funcionamento e do bom andamento é de todo mundo
		159	A gente não pode deixar para uma pessoa só resolver todos os problemas, pode ser dividido
		160	De repente, por isso que as pessoas não aceitam chefia, p.q é muita atribuição para uma pessoa só, se realmente tu não dividir as coisas...
		161	Se as outras pessoas não entenderem que as coisas tem que ser divididas e trabalhando juntos fica difícil
		162	Aqui na UTIP não é difícil porque têm pessoas que ajudam bastante tanto enfermeiras como auxiliares, não todas
		163	Mas pra isso é preciso dar liberdade pros funcionários resolverem as coisas, dar autonomia
		164	É preciso delegar
		165	Tem coisas que o pessoal pode decidir no seu turno, tem autonomia pra isso, então porque não ajudar
		166	As vezes as pessoas não resolvem não é para não melindrar o chefe, é mais fácil deixar pra outra, se acomodam
		167	Até em termos de escala, deixam dum turno pro outro, deixam pra chefe
		168	Até um pedido pra manutenção ou qualquer outra coisa deixa pronto que ajuda
		169	É muita atribuição, quando tu toma conta da unidade e da chefia é atribuição demais para uma pessoa só
		170	É difícil, a cabeça da gente vira uma coisa, tem dias que parece arrebentar

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
	c) outros serviços	171	Numa instituição onde as coisas funcionam tu tens prazer de trabalhar
		172	Outros serviços, tu pedes um serviço pra manutenção, a manutenção não resolve e aquilo vai se prolongando
		173	Material que não vem, está faltando e o setor de compras que não resolve
		174	Então, é tu na frente, a chefe que não está providenciando
		175	Como se a chefe fosse responsável por tudo
2		176	Quando falta as coisas quem vive somos nós, ali dentro, o pessoal da farmácia não sente, a diretora não sente, a coordenadora não sente
		177	Um monitor de PA estragado e que demora um mês para retornar vai sobrecarregar todos e prejudicar o paciente
		178	A morosidade dos outros serviços em fornecer informações, às vezes levam dias para se obter uma resposta
		179	Não te avisam quando chegam as coisas que estavam faltando
		180	Os atestados, o aviso chega quando a pessoa já está retornando do mesmo
		181	A deficiência de informação atualizada é terrível
		182	A gente tem satisfação em trabalhar quando tu és atendida e consegues mostrar o teu trabalho
		183	Senão, a gente fica insatisfeita, parece que tu não fazes nada
		184	Então, repercute diretamente no trabalho da chefia e da unidade
			185
	d) fatores pessoais intrínsecos	186	Prejudica o desempenho da chefia, é questão de personalidade, assim a pessoa tímida...
		187	Medo de se envolver com problemas, dificuldades, de não se sentir apoiada pelo grupo
		188	Medo de assumir chefia
		189	Comodismo, até por não querer sair daquele ritmo mais tranquilo
		190	O chefe tem que ser uma pessoa que transite bem com todo mundo
		191	Que converse com as pessoas, que saiba ouvir, seja imparcial, uma pessoa que seja bem diplomática
	e) fatores institucionais	192	Tem pessoas que não sabem trabalhar e aceitar as regras da instituição, a forma como são colocadas as coisas pra gente. As coisas não são da gente, a unidade não é minha, é do hospital
		193	Mas tem coisas que podem e devem ser questionadas, não quer dizer que tu vais mudar aquilo, mas serve pra nós? Está sendo bom? Serve pra quem?
	f) interdisciplinaridade	194	A falta de interdisciplinaridade atrapalha a chefia
		195	Cada um faz o que lhe cabe sem integrar com o outro
		196	Existem problemas que não são resolvidos porque não se trabalha interdisciplinarmente na UTIP
		197	Então é preferível fazer o trabalho da gente, o trabalho assistencial com o paciente e não se envolver com essas questões
	g) remuneração inadequada	198	O cargo de chefe é pouco valorizado, reconhecido financeiramente. É um valor irrisório
		199	O salário é baixo, não tem estímulo para assumir mais do que já assumem
		200	Não tem uma gratificação que estimula a te estressar tanto

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		201	A compensação financeira adequada é um estímulo
		202	Se a gente se submete, se expõe, tinha que ter um estímulo maior
	h) força de trabalho	203	A falta de pessoal, a não reposição das vagas das aposentadorias, dos atestados atinge todo mundo, estressa todo o grupo
		204	E mais ainda o chefe porque tu sentes uma responsabilidade muito grande em querer que as coisas funcionem em igualdade de pessoal em todo os turnos
		205	Tu vais pra casa e ficas preocupada que tu não conseguiste ninguém pra completar a escala
		206	Porque estão trabalhando revoltadas que estão com falta de pessoal
	i) relacionamento interpessoal	207	Tens que conviver direto com todas as pessoas
		208	No momento que tu és chefe tens <u>n</u> pessoas pra conviver, além do grupo, tem a direção,
		209	Relacionamento não é uma coisa fácil, tem que conviver com todas as pessoas, tem que ter muita flexibilidade, sensibilidade
	j) falta de autonomia	210	Para poder premiar, dar alguma compensação para as pessoas que se destacam no grupo, que estão sempre disponíveis, que às vezes se prejudicam pessoalmente para ajudar a unidade, o grupo
		211	Tu trata todos iguais, nivela todos pela mesma referência
		212	Isso é polêmico, reconheço que é arriscado porque pode haver privilégios para alguns em detrimento de outros, mas tinha que haver uma forma de destacar os que se destacam tanto profissional como pessoalmente
		213	É perigoso porque de repente tu podes criar atrito entre as pessoas
		214	Porque ao invés das pessoas se sentirem estimuladas para também ganhar o prêmio, pode surgir a inveja e aí a situação fica insustentável
		215	Tem que valorizar em geral as pessoas, valorizar a frequência das pessoas, a disponibilidade das pessoas
	l) diversidade	216	O grupo tem que procurar transpor as diferenças que existem entre um turno e outro, entre uma pessoa e outra
		217	As diferenças devem ser trabalhadas, não ignorar que existem diferenças, tem que ser trabalhado
		218	Aprender a conviver com as diferenças das pessoas. Se fosse assim o chefe teria melhores condições de exercer a chefia
	m) preparo, capacitação para chefia	219	Acho que a gente aprende, não é uma coisa que tu nunca vais poder fazer, talvez tu não estejas tão preparada
		220	Acho que chefia não é para qualquer um, tu precisa estar preparada para isso
		221	A direção deveria se preocupar com isso e oferecer cursos, assistir o enfermeiro para isso
		222	Temos só o que recebemos na faculdade e aquilo é insuficiente e faz tanto tempo
6	8- Limites	-----	-----
	a) atitudes diante dos limites	223	Nós não ultrapassamos ou ousamos passar dos limites impostos
		224	Ficamos bitolados dentro do espaço designado
		225	Ninguém ousa ultrapassá-los, são poucas as pessoas que ousam

ENCONTRO	TEMA	UNIDADE DE REGISTRO	GRUPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL
		226	Depois que alguém diz pode, a gente vai, e mesmo dizendo é difícil
		227	E mesmo assim vai um pouco e depois tu não consegues
		228	Não temos o hábito de pensar ou questionar os limites
	b) educacionais	229	Por causa da educação, é o modelo educacional, é bem limitado
		230	Acho que tem muito da educação da gente
	c) gênero	231	É uma coisa de mulher também, que foi criada para servir, agora as coisas estão sendo diferentes
	d) institucionais	232	É o modelo educacional, é o modelo institucional
		233	Por isso que o país está nessa e ninguém reclama e só obedece aos comandos, o que é estipulado
		234	Limites são necessários
		235	Tem que ver os lados, não basta aceitar, tem que ver pra que servem, porque está sendo posto
		236	Limites existem pra tudo na vida, alguns nos são impostos, outros foram nós mesmos que colocamos por necessidade
	e) formação	237	Recebemos uma formação e na enfermagem é uma formação de muitos limites, de respeito a eles
		238	Tem que ver com a história da enfermagem que foi criada para servir e obedecer ordens
		239	Mas a própria faculdade de enfermagem coloca a gente nesse esquema de limites, a gente sente isso na nossa formação
		240	Eu não vejo as outras profissões tão limitadas como a nossa
	f) maturidade	241	Mas já estão ultrapassando
		242	Claro, a gente cresceu, a gente evoluiu, a gente viu que aquilo não era o ideal, então a gente ultrapassou os limites, isso é uma coisa de amadurecimento e crescimento
		243	Não é uma questão de apenas ultrapassar os limites sem questionar e ter maturidade para isso
		244	É como no caso da criança, agora tu crescestes podes atravessar a rua sozinho, então, tu vais ter atenção redobrada e olhar os dois lados da rua e não simplesmente atravessar a rua
		245	Os limites são importantes, tem coisas boas, são necessários até para que sejam ampliados depois, à medida que a gente vai adquirindo maturidade, crescendo, tanto profissionalmente como na vida
	g) pessoais	246	É muito de pessoa para pessoa ultrapassar também as regras
		247	É como no caso da criança, tu tens 2 filhos, tu impões os mesmos limites, um aceita o outro não, e vai
		248	Hoje em dia os filhos estão toda hora derrubando os limites que tu impões
		249	Se tu questionas os limites és tachada de rebelde, como o do contra, que quer só incomodar
	h) sociais	250	Se tu não tens limites tu não sabes respeitar os outros
	i) proteção	251	Pensar até onde esses limites vão nos proteger mesmo
		252	Ou se estão sendo usados para encobrir certas situações
		253	Aí é que está a questão, é isso que temos que pensar e aprender a ver essas diferenças, que não é nosso hábito proceder assim.

ANEXOS

ANEXO A

Consciência ingênua e consciência crítica

Para refletirmos

Consciência é um vocábulo que engloba uma gama muito ampla de concepções e entendimentos. Cada filósofo ou estudioso do assunto tem uma definição do que seja consciência, mas para o momento o que interessa é refletirmos o que significa consciência crítica, consciência ingênua e as características de cada uma, bem como discutirmos se a percepção delas podem nos auxiliar para a melhor compreensão do nosso cotidiano como indivíduos e como trabalhadores da saúde inseridos na sociedade.

Características da consciência ingênua:

- a) Revela uma certa simplicidade, tendente a um simplismo na interpretação dos problemas, isto é, encara um desafio de maneira simplista ou com simplicidade. Não se aprofunda na causalidade do próprio fato. Suas conclusões são apressadas, superficiais.
- b) Há uma tendência a considerar que o passado foi melhor.
- c) Tende a aceitar formas gregárias ou massificadoras de comportamento. Essa tendência pode levar a uma consciência fanática.
- d) Subestima o homem simples.
- e) É impermeável à investigação. Satisfaz-se com as experiências. Toda concepção científica para ela é um jogo de palavras. Suas explicações são mágicas.
- f) É frágil na discussão dos problemas. O ingênuo parte do princípio de que sabe tudo. Pretende ganhar a discussão com argumentações frágeis. É polêmico, não pretende esclarecer. Sua discussão é feita mais de emocionalidades que de criticidades: não procura a verdade; trata de impô-la e procurar meios históricos para convencer com suas idéias. É curioso ver como os ouvintes se deixam levar pela manha, pelos gestos e pelo palavreado. Trata de brigar mais, para ganhar mais.
- g) Tem forte conteúdo passional. Pode cair no fanatismo ou sectarismo.
- h) Apresenta fortes compreensões mágicas.
- i) Diz que a realidade é estática e não mutável.

Características da consciência crítica:

- a) Anseio de profundidade na análise de problemas. Não se satisfaz com as aparências. Pode-se reconhecer desprovida de meios para a análise do problema.
- b) Reconhece que a realidade é mutável.
- c) Substitui situações ou explicações mágicas por princípios autênticos de causalidade.
- d) Procura verificar ou testar as descobertas. Está sempre disposta às revisões.

- e) Ao deparar com o fato, faz o possível para livrar-se de preconceitos. Não somente na captação, mas também na análise e na resposta.
- f) Repele posições quietistas. É intensamente inquieta. Torna-se mais crítica quanto mais reconhece em sua quietude a inquietude e vice-versa. Sabe que é à medida que é e não pelo que parece. O essencial para parecer algo é ser algo; é a base da autenticidade.
- g) Repele toda transferência de responsabilidade e de autoridade e aceita a sua delegação.
- h) É indagadora, investiga, força, choca.
- i) Ama o diálogo, nutre-se dele.
- j) Face ao novo, não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os à medida que são válidos.

(Texto extraído do livro de: FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979).

ANEXO B

Mensagens

Por gentileza, “pesque” do envelope uma mensagem leia-a para alguém em especial justificando o porquê, ou então a dirija ao grupo.

Você gosta de flores, plantas, jardins, animais? A pessoa é muito mais do que tudo isso. Este grupo é muito mais do que um jardim. Sinta-se alegre nele (ANDREOLA, 1985).

Cada vez que estamos em contradição ou oposição com outro ser humano com quem queremos conviver, temos que admitir que o nosso ponto de vista resulta de um acompanhamento estrutural num domínio de experiência tão válido como aquele do nosso oponente, mesmo que o seu nos pareça menos desejável (MATURANA & VARELA, 1990).

A questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. Para que haja preocupação ética é preciso ver o outro, sem isso, a questão ética não existe (MATURANA, 1993).

Os homens buscam mundos novos, na imensidão do cosmos... E não conseguem descobrir a alegria de conviver aqui, na Terra dos Homens (ANDREOLA, 1985).

Mais vale acender uma luzinha do que amaldiçoar a escuridão (ANDREOLA, 1985).

Na medida em que você gostar mais de você e confiar mais nos outros, a vida se tornará mais bela (ANDREOLA, 1985).

Se o homem tivesse descoberto um vestígio de vida na lua, uma plantinha sequer, a humanidade inteira se teria emocionado. E contudo banaliza cada dia o espetáculo inédito da pessoa (ANDREOLA, 1985).

O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la (FREIRE, 1980).

Todo trabalho é o retrato de quem o realiza. Autografe o seu com a excelência (Autor desconhecido).

Confie em você mesmo. Quem sabe, haja em você potencialidades fabulosas que ainda não descobriu suficientemente. O grupo talvez possa ajudá-lo nisto (ANDREOLA, 1985).

Sorria. O sorriso ajuda-nos a descobrir motivos de alegria em volta de nós. Nossa alegria contagia os outros e a vida fica melhor (ANDREOLA, 1985).

Cada pessoa do grupo é diferente! A reunião das diferenças forma o todo, que é a equipe, porém, as partes (o indivíduo) não perdem sua importância por integrar o todo (a equipe). Tanto o todo como as partes devem ser respeitadas. Isso é complexidade (adaptado de ANDREOLA, 1985).

ANEXO C

Abrigo subterrâneo

Imaginem que nossa cidade está sob ameaça de um bombardeio. Aproxima-se um homem e lhes solicita uma decisão imediata. Existe um abrigo subterrâneo que só pode acomodar seis pessoas. Mas doze pretendem entrar. Abaixo, há uma relação das doze pessoas interessadas a entrar no abrigo. Faça sua escolha, destacando apenas seis delas:

- () Um violinista, com 40 anos de idade, narcótico viciado.
- () Um advogado, com 25 anos de idade.
- () A mulher do advogado, com 24 anos de idade, que acaba de sair do manicômio. Ambos preferem ou ficar juntos no abrigo, ou fora dele.
- () Um sacerdote, com 75 anos de idade.
- () Uma prostituta, com 34 anos de idade.
- () Um ateu com 20 anos de idade, autor de vários assassinatos.
- () Uma universitária que fez voto de castidade.
- () Um físico, com 28 anos de idade, que só aceita entrar no abrigo se puder levar consigo uma arma.
- () Um declamador fanático, com 21 anos de idade.
- () Uma menina de 12 anos de idade, e baixo Q.I.
- () Um homossexual, com 47 anos de idade.
- () Um débil mental, com 32 anos de idade, que sofre de ataques epiléticos.

Fonte: Andrade (1999, p.163).

ANEXO D

Fotógrafo

UM PROBLEMA DE COMUNICAÇÃO (FOTÓGRAFO)

Num determinado país, regido pelo regime socialista, havia um efetivo favorável à natalidade.

Necessitando de mão-de-obra, criaram uma lei que obrigava os casais a terem um determinado número de filhos.

Previram também uma tolerância de cinco anos. Nos casos em que os casais completassem cinco anos de casamento sem terem pelo menos um filho, o Governo destacaria um Agente para auxiliar o casal.

Assim, ocorreu o seguinte fato. Marido e Esposa dialogavam:

MULHER: Querido, hoje completamos o 5º aniversário de casamento.

MARIDO: É, e infelizmente não tivemos um herdeiro.

MULHER: Será que eles vão enviar o tal Agente?

MARIDO: Eu não sei.

MULHER: E se ele vier?

MARIDO: Bem... eu não tenho nada a fazer.

MULHER: E eu menos ainda.

MARIDO: Vou sair, pois já estou atrasado para o trabalho.

Logo após a saída do marido, bateram à porta.

A mulher a abre e encontra um homem à sua frente.

Era um fotógrafo que se enganara de endereço.

HOMEM: Bom dia, eu sou...

MULHER: Já sei... pode entrar.

HOMEM: Seu marido está em casa?

MULHER: Não, ele foi trabalhar.

HOMEM: Presumo que ele já esteja a par...

MULHER: Sim, ele está a par e também concorda.

HOMEM: Ótimo, então vamos começar.

MULHER: Mas já? Assim tão rápido?

HOMEM: Preciso ser rápido, pois ainda tenho mais 6 casais para visitar.

MULHER: Puxa! E o senhor agüenta?

HOMEM: Sim, agüento, pois gosto do meu trabalho. Ele me dá muito prazer.

MULHER: Então, como vamos fazer?

HOMEM: Permita-me sugerir: uma no quarto, duas no tapete, duas no sofá, uma no corredor, duas na cozinha e a última no banheiro.

MULHER: Nossa... Não é muito?

HOMEM: Minha senhora, nem o melhor artista de nossa profissão consegue na primeira tentativa. Numa dessas, a gente acerta na mosca.

MULHER: O senhor já visitou alguma casa neste bairro?

HOMEM: Não, mas tenho comigo algumas amostras dos meus últimos trabalhos. Veja! (e mostrando as fotos de crianças). Não são lindas?

MULHER: Como são belos esses bebês, o senhor mesmo que fez?

HOMEM: Sim, veja este aqui. Foi conseguido na porta de um supermercado.

MULHER: Nossa... Não lhe parece um tanto público?

HOMEM: Sim, mas a mãe era artista de cinema e queria publicidade.

MULHER: Eu não teria coragem de fazer isso.

HOMEM: Este aqui foi em cima de um ônibus.

MULHER: Que horror...

HOMEM: E foi um dos serviços mais duros que já fiz.

MULHER: Eu imagino.

HOMEM: Veja este aqui, foi conseguido num parque de diversões em pleno inverno.

MULHER: Credo... Como o senhor conseguiu?

HOMEM: Não foi fácil. Se não bastasse a neve caindo, tinha uma multidão em cima de nós. Eu nunca teria conseguido acabar.

MULHER: Ainda bem que sou discreta e não quero que ninguém nos veja.

HOMEM: Ótimo, eu também prefiro assim. Agora, se me der licença eu vou armar o tripé.

MULHER: Tripé? Pra quê?

HOMEM: Bom madame, é necessário. O meu aparelho, além de pesado, depois de pronto para funcionar, mede um metro.

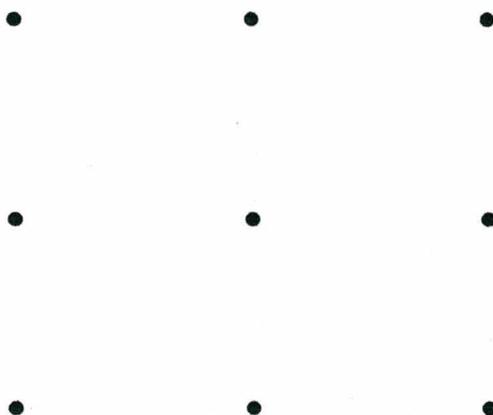
A MULHER DESMAIOU.

REFLITA SOBRE OS PROBLEMAS QUE IMPEDEM A COMUNICAÇÃO!!

Fonte: Andrade (1999, p. 103-5)

ANEXO E**Jogo dos pontos**

Junte todos os pontos sem tirar a caneta do papel com apenas 4 retas:



Fonte: Andrade (1999, p. 183).

ANEXO F

Como seguir instruções

- 1) Leia todo este teste antes de começar, mas trabalhe tão rápido quanto possível.
- 2) Escreva seu nome no canto superior direito desta folha.
- 3) Ponha um círculo em torno da palavra “nome” no item 2.
- 4) Sublinhe as palavras “canto superior” desta folha no item 2.
- 5) No item 4 faça um círculo em torno da palavra “sublinhe”.
- 6) Agora faça um círculo em torno do título deste teste.
- 7) Assine seu nome no fim deste teste.
- 8) Escreva o nome da cidade onde nasceu _____
- 9) Sublinhe todo o item 7.
- 10) Faça um “X” no canto inferior esquerdo desta folha.
- 11) Faça um círculo em torno do “X” que acabou de desenhar.
- 12) Coloque um círculo em torno da palavra cidade do item 8.
- 13) Quando chegar a este ponto, diga alto seu primeiro nome.
- 14) Escreva o nome da cidade onde mora _____
- 15) Se achar que seguiu as instruções corretamente até este ponto, diga alto: CHEGUEI!!!
- 16) Escreva o nome da sua profissão _____
- 17) Feche os olhos e levante a mão esquerda.
- 18) Conte alto de dez a um.
- 19) Agora que leu as instruções cuidadosamente, faça o que manda o item 2 e ignore todos os outros itens.
- 20) Não faça comentário sobre os resultados que obteve. Se já leu até aqui, finja que continua escrevendo. Assim podemos apurar quantas pessoas sabem como seguir instruções corretamente.

Fonte: Andrade (1999, p. 123).

ANEXO G

A Janela

Certa vez, dois homens estavam seriamente doentes na mesma enfermaria de um grande hospital. O cômodo era bastante pequeno e nele havia uma janela que dava para o mundo. Um dos homens tinha, como parte do seu tratamento, permissão para sentar-se na cama por uma hora durante as tardes (algo a ver com a drenagem de fluido de seus pulmões). Sua cama ficava perto da janela. O outro, contudo, tinha de passar todo o seu tempo deitado de barriga para cima.

Todas as tardes, quando o homem cuja cama ficava perto da janela era colocado em posição sentada, ele passava o tempo descrevendo o que via lá fora.

A janela aparentemente dava para um parque onde havia um lago. Havia patos e cisnes no lago, e as crianças iam atirar-lhes pão e colocar na água barcos de brinquedo. Jovens namorados caminhavam de mãos dadas entre as árvores, e havia flores, gramados e jogos de bola. E ao fundo, por trás da fileira de árvores, avistava-se o belo contorno dos prédios da cidade.

O homem deitado ouvia o sentado descrever tudo isso, apreciando todos os minutos. Ouviu sobre como uma criança quase caiu no lago e sobre como as garotas estavam bonitas em seus vestidos de verão. As descrições do seu amigo eventualmente o fizeram sentir que quase podia ver o que estava acontecendo lá fora...

Então, em uma bela tarde, ocorreu-lhe um pensamento: Por que o homem que ficava perto da janela deveria ter todo o prazer de ver o que estava acontecendo? Por que ele não podia ter essa chance? Sentiu-se envergonhado, mas quanto mais tentava não pensar assim, mais queria uma mudança. Faria qualquer coisa!

Numa noite, enquanto olhava para o teto, o outro homem subitamente acordou tossindo e sufocando, suas mãos procurando o botão que faria a enfermeira vir correndo. Mas ele o observou sem se mover., mesmo quando o som de respiração parou.

De manhã, a enfermeira encontrou o outro homem morto e, silenciosamente, levou embora o seu corpo.

Logo que pareceu apropriado, o homem perguntou se poderia ser colocado na cama perto da janela. Então colocaram-no lá, aconchegaram-no sob as cobertas e fizeram com que se sentisse bastante confortável. No minuto em que saíram, ele apoiou-se sobre um cotovelo, com dificuldade e sentindo muita dor, e olhou para fora da janela. Viu apenas um muro...

E a vida é, sempre foi e será aquilo que nós a tornamos.

(Fonte: <http://meusite.osite.com.br/joninha/index.html>).