

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

PAULO JORGE DOS SANTOS ALMEIDA

**O CONFLITO NO PROCESSO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE EMERGÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS

2007

PAULO JORGE DOS SANTOS ALMEIDA

**O CONFLITO NO PROCESSO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.
Orientador: Dra. Denise Elvira Pires de Pires

FLORIANÓPOLIS

2007

Ficha Catalográfica

A447c Almeida, Paulo Jorge dos Santos
O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência [dissertação] /
Paulo Jorge dos Santos Almeida — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.
130 p.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Hospitalar – Emergência. 2. Paciente – Equipe de Assistência. 3.
Processo de Trabalho – Conflito. I. Autor.

CDD 21ed. – 610.736 1

PAULO JORGE DOS SANTOS ALMEIDA

**O CONFLITO NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE
EMERGÊNCIA**

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

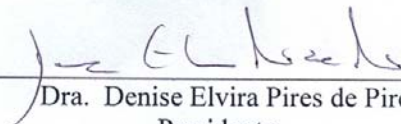
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de setembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

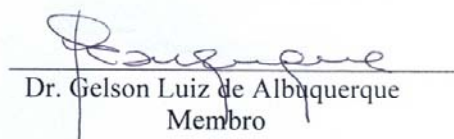
Banca Examinadora:



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente



Dra. Eliana Marília Faria
Membro



Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Membro

Dra. Eliane Matos
Membro Suplente

Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro Suplente

Agradecimentos

À minha família, em especial aos meus pais, irmã, avós e tios de quem tive que estar longe durante quase dois anos para que fosse possível realizar este trabalho. Obrigado compreenderem a minha estadia do outro lado do oceano atlântico.

À minha namorada, Ana Filipa Cascais, companheira nesta grande aventura que foi o mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina. Obrigado pelo carinho, pelo amor, pela compreensão, pela motivação. Obrigado pelo apoio nos momentos difíceis e pelo estímulo para continuar. Este trabalho também é um pouco teu e sem ti nunca teria acontecido.

À minha orientadora, Professora Denise Pires que teve sempre resposta para as minhas dificuldades e orientou todo o meu processo de aprendizagem. Obrigado pelo exemplo de excelência profissional e pelas excelentes contribuições dadas para a elaboração deste trabalho.

A todos os colegas do mestrado e aos colegas e professores do grupo PRAXIS com quem tive possibilidade de partilhar experiências, dificuldades, questionamentos e algumas vezes respostas para as inquietações.

Aos professores do programa de Pós-graduação em Enfermagem pela aprendizagem proporcionada, pela simpatia e pelo acolhimento.

Aos funcionários da Pós-graduação, em especial à Cláudia e ao Seu Jorge, pela disponibilidade e pela atenção que sempre tiveram ao longo do mestrado.

A todos os profissionais que atuam no serviço de emergência onde esta pesquisa foi desenvolvida. Obrigado por aceitarem participar nesta proposta e partilhar comigo as vivências do dia-a-dia do trabalho.

À Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que através de um convênio possibilitaram a realização deste mestrado.

À CAPES pelo apoio financeiro.

A todas as pessoas ou instituições que direta ou indiretamente contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade!!

ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 130 p.

RESUMO

Os conflitos fazem parte da nossa vida pessoal e profissional. Mesmo que não ocorram diariamente aparecem com bastante frequência, muitas vezes maior que a desejável. Nas organizações de saúde, onde recursos limitados têm que ser ajustados para dar resposta a necessidades de cuidados de saúde nem sempre previsíveis e em constante mudança, os conflitos são muito significativos. O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho de uma equipe de saúde que atua num serviço de emergência identificando situações de conflito que influenciam a assistência e as relações de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, efetuada num serviço de emergência de um hospital situado na capital de um estado da região sul do Brasil. A coleta de dados compreendeu a realização de 120 horas de observação no serviço de emergência e de 17 entrevistas semi-estruturadas com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e uma assistente social. Os dados obtidos foram analisados recorrendo à utilização do software de análise qualitativa ATLAS.ti. Como referencial teórico foram utilizadas as teorizações sobre processo de trabalho em saúde, a ergologia e as formulações teóricas sobre conflitos nas organizações. Os resultados obtidos com a análise dos dados apontam para vários fatores desencadeantes de conflito no trabalho e revelam que o conflito tanto pode ter influência positiva como negativa no processo de trabalho da equipe de saúde da unidade de emergência e no bem-estar dos trabalhadores. Dentre os fatores desencadeantes de conflitos e de estresse destacam-se a inadequação do espaço físico, a existência de uma procura de cuidados de saúde maior que a capacidade do serviço, o tempo elevado de espera para os usuários serem atendidos, o duplo vínculo empregatício de muitos profissionais e as características individuais e subjetivas de alguns integrantes da equipe. Como conseqüências negativas do conflito na saúde dos profissionais destacam-se o estresse e o aumento das cargas psíquicas. Como conseqüência positiva para o trabalho os profissionais valorizaram a reflexão e a possibilidade de ocorrerem mudanças que a os conflitos possibilitam. Os conflitos acontecem diariamente no serviço estudado e têm múltiplas causas, assim é muito importante que os profissionais de saúde tenham consciência da sua presença e estejam preparados para administrá-los de modo a minimizar os danos e a potencializar os benefícios.

Palavras-chave: Conflito; Serviço Hospitalar de Emergência; Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente.

ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **Conflict in the working process of a emergency team**, 2007. Dissertation (Master in Nursing) – Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 130 p.

ABSTRACT

Conflicts are part of our personal and professional life. Even if they do not occur daily, they appear quite often, more than the desirable. In health organizations, where limited resources have to be adjusted to give answer to necessities to unpredictable health cares, and in constant change, the conflicts are very significant. The present study had the objective to analyze the working process of an health team that acts in an emergency service, identifying conflict situations witch influence the assistance and the work relations. It's about a qualitative, descriptive and exploratory research, carried through in an emergency service of a hospital situated in the capital of a state in the south region of Brazil. Data collection consists of 120 hours of observation in the emergency service and 17 half-structuralized interviews with doctors, nurses, nursing technicians, nurse assistants and one social assistant. Data was analyzed through software of qualitative analysis ATLAS.ti. As theory reference was used the theories on work process in health, ergology and theoretical formularizations of conflicts in organizations. The results of data analysis point to several factors for conflict in work, and revealed that this conflicts in such way can have positive and negative influence in the working process on a health team of a emergency unit, and in the well-being of their workers. Amongst this conflict and stress factors are distinguished the inadequate physical space, and the existence of a search of health cares greater that the capacity of the service, the high waiting time of users to be taken care of, the double employment bond of many professionals and the individual and subjective characteristics of some integrants of the team. As negative consequences of the conflicts in the health of professionals are distinguished stress and the increase of psychic loads. As positive consequences for the work, the professionals had valued the reflection and the possibility to occur changes if those conflicts make it possible. The conflicts occur daily in the studied service and have multiple causes, thus it is very important that health professionals have conscience of its presence and be prepared to manage them in order to minimize the damages and to maximize the benefits.

Keywords: Conflict; Emergency Service, Hospital; Interprofessional Relations; Patient Care Team.

ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **El Conflicto en el proceso de trabajo de un equipo de urgencia**, 2007. Disertación (Máster en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 130 p.

RESUMEN

Los conflictos son parte de nuestra vida tanto personal como profesional. Mismo que no ocurran diariamente suelen surgir con bastante frecuencia, a veces con demasiada frecuencia. En las organizaciones de la salud, donde los recursos limitados tienen que ser ajustados para dar respuesta a las necesidades de los cuidados de la salud, no siempre previsibles y en constante mudanza, los conflictos son muy significativos. El presente estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de trabajo de un equipo de salud que actúa en un servicio de urgencia identificando situaciones de conflicto que influyen a la asistencia y a las relaciones de trabajo. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, efectuada en un servicio de urgencias de un hospital situado en la capital de un estado de la región sur de Brasil. La recogida de datos comprendió la realización de 120 horas de observación en el servicio de urgencias y de 17 entrevistas semi-estructuradas con médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería e una asistente social. Los datos obtenidos fueron analizados utilizando el software de análisis cualitativa ATLAS.ti. Como referente teórico fueron utilizadas las teorías sobre el proceso de trabajo en la salud, la ergología y las formulaciones teóricas sobre conflictos en las organizaciones. Los resultados obtenidos con el análisis de los datos apuntan para varios factores desencadenantes de conflicto en el trabajo y revelan que el conflicto tanto puede tener una influencia positiva como negativa en el proceso de trabajo del equipo de salud de la unidad de urgencias y en el bienestar de los trabajadores. Entre los factores desencadenantes de conflictos y de estrés destacan la inadecuación del espacio físico, la existencia de una búsqueda de cuidados de la salud mayor que la capacidad del servicio, los periodos largos de espera para que los usuarios sean atendidos, el empleo doble y las características individuales y subjetivas de algunos integrantes del equipo. Como consecuencias negativas del conflicto en la salud de los profesionales destacan el estrés y el aumento de las cargas psíquicas. Como consecuencia positiva para el trabajo, los profesionales valorizarán la reflexión y la posibilidad para ocurrir los cambios si esos conflictos la hacen posible. Los conflictos ocurren diariamente en el servicio estudiado y tienen múltiples causas, por lo que es muy importante que los profesionales de la salud tengan consciencia de su presencia y estén preparados para administrarlos de tal forma que disminuyan los daños y se potencialicen los beneficios.

Palabras-Clave: Conflicto; Servicio de Urgencia en Hospital; Relaciones Interprofesionales; Grupo de Atención al Paciente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Os Serviços de Urgência e Emergência.....	17
2.2 O conflito no processo de trabalho em saúde.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 O processo de trabalho em saúde.....	35
3.2 A contribuição da ergologia.....	42
3.3 O conflito nas organizações	46
4 METODOLOGIA.....	53
4.1 Tipo de estudo	53
4.2 Contexto da pesquisa.....	54
4.3 População de estudo	56
4.4 Coleta dos dados	57
4.5 Análise dos dados.....	59
4.6 Aspectos éticos	61
5 O CONFLITO NO PROCESSO DE TRABALHO EM EMERGÊNCIA	62
5.1 O trabalho no serviço de emergência.....	62
5.1.1 A organização e divisão do trabalho.....	63
5.1.2 A necessidade e a importância de trabalhar em equipe	72
5.2 As situações de conflito no trabalho em emergência	77
5.2.1 A presença freqüente do conflito no trabalho em emergência	77
5.2.2 Situações e fatores de conflito: sua influência negativa	80
5.2.2.1 Contingente de demanda de trabalho.....	81
5.2.2.2 A inadequação do espaço físico	85
5.2.2.3 O duplo vínculo empregatício	88
5.2.2.4 As características individuais dos trabalhadores	89
5.2.2.5 A demora no atendimento e a violência	91

5.2.2.6 As relações interpessoais	95
5.2.2.7 As relações com os outros setores do hospital	100
5.3 Aspectos positivos do conflito e do trabalho em emergência.....	106
5.3.1 A influência positiva do conflito e o prazer no trabalho	106
5.3.2 A possibilidade de lidar com o estresse e o conflito	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES	128

1 INTRODUÇÃO

O interesse em construir esta dissertação de mestrado tem origem na minha trajetória acadêmica e profissional. Sou graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal. Iniciei a minha atividade profissional em Julho de 2005, pouco tempo depois de ter concluído a graduação. Iniciei essa atividade na assistência em um serviço de emergência de um hospital português denominado Hospital do Litoral Alentejano.

Nos estágios clínicos que realizei, enquanto aluno do curso de graduação em enfermagem, e no decorrer da minha prática assistencial, no serviço de emergência, pude observar, e por vezes vivenciar, que existem muitas situações de conflito¹ e/ou que facilitam e propiciam conflitos. Estes ocorrem tanto no âmbito intraprofissional como interprofissional. Essa vivência, associada ao referenciado na literatura por autores como Agudelo (1995), Carapinheiro (1998), Peduzzi (2001), Farias (2002), Marques et al. (2004), Leite e Vila (2005), instigou-me a pesquisar sobre situações de conflito vivenciadas por profissionais de saúde na sua prática assistencial, considerando-se o seguinte cenário: o trabalho assistencial em instituições hospitalares envolve um trabalho coletivo no qual participam/colaboram diversos profissionais de saúde com formações e competências diferenciadas para assistir/cuidar de seres humanos portadores de necessidades de saúde. Trata-se de um trabalho especial no qual se estabelecem relações entre sujeitos, seja entre os sujeitos/profissionais cuidadores, seja entre profissionais e sujeitos portadores de carência de saúde (PIRES, 1998; CAPELLA, 1996).

Esse complexo interconectado de relações muitas vezes gera conflitos com conseqüências positivas e inspiradoras de mudanças, mas também gera conseqüências

¹ No contexto organizacional, em particular nos serviços de Urgência e Emergência hospitalares, entendo o conflito como um fenômeno qualquer de discordância entre duas pessoas ou grupos que afeta de alguma forma as relações intergrupais ou interpessoais na organização. Pode ter influência positiva ou negativa no processo de trabalho da equipe de saúde e na assistência prestada por esta aos usuários.

negativas resultando em problemas para os trabalhadores e déficit na qualidade da assistência prestada.

As instituições de saúde são particularmente vulneráveis ao conflito porque o contexto e a natureza do trabalho dos profissionais de saúde são, geralmente, difíceis e estressantes. Tendo em consideração a sua presença constante, saber lidar com o conflito é crucial para contribuir para o efetivo funcionamento das organizações de saúde e, em consequência, para a excelência do cuidado aos usuários (VIVAR, 2006). Saulo e Wagner (2000) acrescentam ainda que as tensões e o estresse no cuidado de saúde vão certamente continuar a existir e que o conflito vai continuar a ser uma condição inerente a esta área pelo que é necessário saber administrá-lo.

Numa sociedade em plena transformação, é importante que as organizações tenham conhecimento dos conflitos existentes no seu interior. Assim poderão preparar-se para lhes fazer frente, procurando soluções para os seus problemas internos, uma vez que esta situação se reflete no desempenho organizacional (MARQUES et al, 2004).

Considerando-se ainda que a minha vivência atual, como aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está oportunizando-me conhecer a realidade assistencial e a prática profissional em saúde em outro país, que não o meu de origem, optei por investigar um problema colocado pela minha experiência acadêmica e profissional e confirmado pela literatura, definindo uma unidade de emergência de um hospital, como locus de estudo.

No Brasil, a área de urgência e emergência é considerada pelo Ministério da Saúde um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos a complexidade dos atendimentos neste tipo de serviços tem aumentado devido ao crescimento da violência urbana e do número de acidentes de trânsito. A conjuntura dos serviços de urgência e emergência é agravada pela insuficiência das Unidades Locais de Saúde, seja em termos de cobertura, seja no que diz respeito ao acesso e à resolutividade da atenção. Estes fatores têm levado à sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, fazendo com que esta área seja uma das mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2002).

A assistência às urgências vem ocorrendo de forma predominante, em serviços chamados tradicionalmente de pronto-socorros, como parte da estrutura de hospitais gerais ou como hospitais específicos para este fim. Estes serviços, muitas vezes estão inadequadamente estruturados e equipados, funcionam continuamente e constituem-se numa importante porta de entrada do sistema de saúde. Acabam por acolher urgências reais, pacientes com quadros clínicos percebidos como urgência, pacientes sem acesso a outros cuidados de saúde e urgências sociais. Toda esta procura acaba por sobrelotar estes serviços dificultando o trabalho dos profissionais e prejudicando a assistência prestada à população. A realidade apresentada é agravada por problemas organizacionais tais como a falta de triagem ou classificação de risco. Nem sempre as urgências são priorizadas e doentes com quadros clínicos graves permanecem horas aguardando pelo atendimento (BRASIL, 2002).

Neste sentido, e tendo em consideração a grande demanda por serviços nesta área e a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos sistemas estaduais de urgência e emergência, o Ministro de Estado da Saúde resolve em 5 de Novembro de 2002 aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, através da Portaria n.º 2048/GM.

Esta Portaria estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação, e cadastramento de serviços. Envolve temas como a elaboração dos planos estaduais de atendimento às urgências e emergências, regulação médica das urgências e emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de núcleos de educação em urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

A necessidade de melhorar a qualidade do atendimento dos sistemas de urgência e emergência levou o Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Saúde, a estabelecer metas para o período de 2004 a 2007. Dentre estas metas destacam-se: qualificar 60 unidades hospitalares de urgência das regiões metropolitanas e estruturar 110 serviços de atenção às urgências e emergências em municípios com mais de 100 mil habitantes; formar 600 especialistas em gestão de

sistemas e serviços de urgência e criar 85 núcleos de educação às urgências; capacitar 52.800 trabalhadores em pronto atendimento não-hospitalar, 200.000 em atenção primária à saúde e 15.000 em pronto atendimento, bem como 150.000 trabalhadores das portas de entrada das urgências hospitalares; instalar e implementar a atenção pré-hospitalar móvel em 430 cidades e adquirir 1.222 ambulâncias de suporte básico à vida e 420 ambulâncias de suporte avançado; implantar e implementar 287 centrais de regulação médica de urgências integradas ao complexo de regulação do SUS; reformar e equipar 961 serviços de urgências e emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pág. 33).

Reforçando a grande importância dos serviços de urgência e emergência, a Política Nacional de Humanização, adotada pelo Ministério da Saúde, destaca o atendimento na urgência e emergência. Segundo o programa HUMANIZASUS as linhas orientadoras para a humanização dos serviços de urgência e emergência são (HUMANIZASUS, 2005):

- o Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- o Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- o Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- o Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Na urgência e emergência pretende-se que a demanda seja acolhida de acordo com critérios de avaliação de risco. A humanização como uma política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde. A humanização supõe a troca de saberes, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. A equipe não pode ser um conjunto de pessoas reunidas para resolver um problema mas sim uma grupalidade que sustente construções coletivas (HUMANIZASUS, 2005).

Isto posto, a questão de pesquisa que dirigiu este trabalho de investigação aqui apresentado foi: Que situações de conflito envolvendo profissionais de saúde ocorrem na prática assistencial num serviço de urgência/ emergência?

O objetivo geral desta pesquisa é: Analisar o processo de trabalho de uma equipe de saúde que atua num serviço de urgência/emergência identificando situações de conflito que influenciam a assistência e as relações de trabalho.

São objetivos específicos:

- Identificar situações/ fatores de conflito que influenciam positivamente as relações de trabalho e a assistência aos usuários.
- Identificar situações de conflito e/ou fatores que provocam insatisfação e desgaste dificultando o trabalho em equipe e influenciando negativamente a qualidade da assistência prestada.
- Conhecer as opiniões dos trabalhadores de saúde a respeito dos fatores desencadeantes de conflitos na prática assistencial e suas conseqüências negativas e positivas.

Alguns pressupostos advindos da minha experiência profissional e da revisão de literatura foram formulados e indicam que os conflitos são multifacetados, ou seja, podem ter origens diversas, bem como conseqüências negativas ou positivas para trabalhadores, usuários e para o serviço no seu todo. A saber:

- Os conflitos podem ter origem na estrutura organizacional das instituições;
- Os conflitos podem relacionar-se com a organização do espaço físico;
- A indefinição de competências e funções de cada profissional na equipe de saúde pode ter como conseqüência o conflito;
- Os conflitos podem estar associados ao estresse e especificidade inerentes à prestação de cuidados a seres humanos;
- O trabalho na emergência implica ter que lidar com situações complexas e pessoas em situações graves e que devem ser atendidas com rapidez e efetividade, o que pode gerar ansiedade e conflitos tanto nos

profissionais de saúde e nas relações entre a equipe quanto com o usuário do serviço e/ou seus familiares.

- Os conflitos podem ter origem na comunicação interpessoal;
- Trabalhar em equipe implica um relacionamento interpessoal constante entre diferentes sujeitos, com diferentes histórias de vida que expressam diversas visões de mundo e que têm objetivos e desejos diversos, o que pode gerar aproximações ou conflitos.
- A fragmentação e a alienação ainda características do processo de trabalho em saúde podem ser fontes potenciais de conflitos.

A realização deste estudo encontra justificativa no fato de existir uma lacuna no conhecimento acerca das situações de conflito nos serviços de urgência e emergência, para a qual o resultado desta pesquisa pretende contribuir.

Acredito que a partir do conhecimento dos fatores e situações desencadeadoras de conflito entre os profissionais de saúde da unidade de urgência/ emergência, e entre estes e os usuários e familiares, será possível melhorar a assistência prestada e a satisfação dos próprios trabalhadores. O conhecimento destes fatores poderá permitir uma maior capacitação dos trabalhadores para lidarem com as oposições, incompatibilidades e tensões que surgem diariamente e que afetam as relações na equipe de saúde e a qualidade da assistência prestada por esta.

Este trabalho poderá também ser um ponto de partida para novas pesquisas, como, por exemplo, o conhecimento das estratégias de administração de conflitos que os profissionais de saúde utilizam na sua prática assistencial em serviços de urgência/ emergência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão da literatura foi efetuada a partir de levantamento realizado nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, utilizando como descritores, “administração de conflitos”, “urgência e emergência”, “equipe de saúde”, “relações interprofissionais”, “emergency patient care team”, “conflicts between health professionals”. Foi também efetuada pesquisa bibliográfica, de forma não sistemática, na base de dados da biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, em Teses e Dissertações do Centro de Ciências da Saúde, em livros e em periódicos.

Todo o levantamento bibliográfico mostrou a predominância de uma abordagem do trabalho em equipe, no meio hospitalar, muito técnica e com pouco enfoque nas questões das relações interpessoais, do prazer e dos conflitos no trabalho. Evidenciou também que estudos a respeito do conflito interpessoal no serviço de emergência são quase inexistentes.

2.1 Os Serviços de Urgência e Emergência

A partir dos anos 50 os serviços de emergência ganham uma relevância cada vez maior, no atendimento às necessidades de saúde da população, principalmente por dois fatores. De um lado, vivencia-se um considerável aumento das vítimas de “causas externas” em consequência, sobretudo, dos acidentes de trânsito, e de outro, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes traumas que tem colocado a possibilidade de salvar muitas vidas. Foi também de grande importância para os serviços de emergência o desenvolvimento de conhecimentos de reanimação cardio-respiratória e a utilização de uma padronização de rotinas para a intervenção em situações de risco de vida (BOSSAERT, 1993).

O desenvolvimento da qualidade do atendimento de emergência nos países desenvolvidos, dos quais se destacam os Estados Unidos da América, deve-se também em grande parte a um maior investimento por parte dos hospitais nos profissionais que atuavam neste setor, nomeadamente médicos e enfermeiros (WEHBE, GALVÃO, 2001).

A partir da década de 50 é possível assinalar alguns marcos importantes para o desenvolvimento e consolidação dos serviços de urgência e emergência hospitalares que são hoje uma importante porta de entrada no sistema de saúde.

Em 1968 é fundado nos Estados Unidos o American College of Emergency Physicians, legitimando a área de medicina de emergência, servindo como órgão orientador quanto às normativas e diretrizes para assistência, promovendo o debate científico e formando profissionais para atuar nesta área (DESLANDES, 2000).

Nos fins da década de 70, acontece na cidade francesa de Toulouse, um importante encontro promovido pela OMS, onde se estabelecem recomendações para o planeamento e organização dos sistemas de emergência. Nesse documento é enfatizada a necessidade de um bom suporte de comunicação, facilitando a localização e resgate das vítimas. O uso de um número de telefone único, de fácil memorização e com ligação gratuita é sugerido. Recomenda-se que haja integração da comunicação entre as ambulâncias e os serviços de emergência. As unidades de resgate, com médicos ou paramédicos, deveriam dispor de equipamentos mínimos e padronizados. Sugere-se, ainda, que haja uma coordenação regional, treinamento adequado para os profissionais e qualificação dos hospitais que dispõem de unidades de emergência (BOSSAERT, 1993).

Em 1990 é criado o European Resuscitation Council, instituição composta por profissionais de diversas áreas e que pretende uniformizar os procedimentos técnicos de manobras médicas para todos os sistemas de emergência dos países europeus (BOSSAERT, 1993).

Embora o European Resuscitation Council e a OMS preconizem a uniformização da assistência às urgências e emergências verifica-se uma grande diversidade organizacional entre os diversos países europeus (DESLANDES, 2000).

No Brasil, o sistema de regulação do atendimento às urgências e emergências só é implementado quase três décadas depois do encontro de Toulouse, onde são estabelecidas as recomendações para o planejamento e organização dos sistemas de emergência médica.

Inicialmente, no Brasil, a resposta social às emergências, baseava-se na assistência dos médicos familiares em qualquer tipo de afecção, incluindo as graves, reservando-se a assistência hospitalar a casos determinados por critérios estabelecidos por estes profissionais. Contudo, pouco a pouco, esta idéia foi abandonada e substituída pela idéia de que uma ida ao serviço de emergência era sinônimo de uma consulta rápida. Esta alteração deveu-se em grande parte à incapacidade dos serviços de saúde da atenção básica darem resposta à grande afluência de pacientes (RODRIGUEZ, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde, historicamente, no Brasil:

a atenção básica ocupou um segundo plano, com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrado no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira. Por isso, a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pág. 10).

Assim, o modelo ainda predominante no país caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade que leva a insatisfação para todos os envolvidos no processo, gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (BRASIL, MS, SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE, 2000).

Em consequência do modelo “hospitalocêntrico”, com predomínio principalmente antes da implementação do Programa Saúde da Família, a rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades locais de saúde, é considerada acessória e desqualificada. Com esta ideologia a rede básica passa a ser descartável e o

topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada (BRASIL, MS, SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE, 2000).

Ocorre assim uma grande inversão no processo de atendimento médico e grande parte dos usuários que poderiam ser atendidos nos postos de saúde, recorrem ao setor terciário, especialmente aos serviços de emergência que funcionam 24 horas por dia com relativa resolutividade, disponibilizando exames de diagnóstico e medicação. Por outro lado, o aumento da violência urbana no país dificulta ainda mais o funcionamento da rede nacional de urgência e emergência (DESLANDES, 2000).

Atualmente, as urgências e emergências brasileiras enfrentam alguns problemas, entre os quais se destacam: a estrutura física e tecnológica inadequada, a insuficiência de equipamentos, os recursos humanos limitados e com capacitação insuficiente para trabalhar em emergências, a baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel, o número insuficiente de unidades de pronto atendimento não-hospitalares e que têm baixa resolubilidade, a insuficiente retaguarda para transferência de doentes, entre outros. Assim, os grandes desafios à qualificação da assistência de urgência e emergência são a melhoria da resolubilidade, o acolhimento com classificação de risco e a humanização do atendimento, com a conseqüente satisfação da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pág.11).

A avaliação com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento com base numa análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau da necessidade de acesso ao serviço de saúde do usuário, proporcionando atenção centrada na complexidade e não na ordem de chegada. Trata-se de um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Os serviços de emergência contemporâneos caracterizam-se por possuírem uma especificidade que os distingue de todos os outros serviços de saúde. A sua disponibilidade de atendimento deve ser imediata para resolver problemas em situações de crise. Exigem ainda uma assistência eficiente e integrada e amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos. Deslandes (2000) compara os serviços de emergência atuais a um subsistema de saúde, pois requerem vários serviços associados.

A unidade de emergência hospitalar tem caráter dinâmico e esta característica básica traz algumas repercussões institucionais que implicam na melhor organização de outras áreas do hospital. Em função das atividades exercidas, alguns serviços devem ser mantidos em condições de utilização a qualquer momento. O sucesso do atendimento também pode estar diretamente relacionado à disponibilidade de outras áreas como: laboratório, radiologia, unidades de internação, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, banco de sangue (GOMES, 1994).

O conceito de emergência, por mais amplo e diversificado que seja, implica sempre uma situação crítica que pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida. A situação de emergência, também pode ser descrita como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas (NAZÁRIO, 1999).

Em relação à terminologia do espaço físico a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considera Emergência como “uma unidade destinada à assistência de pacientes com risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência” (ANVISA, 2002, pág. 137).

Para além de definir Emergência, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na Resolução – RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002, distingue Urgência de alta complexidade de Urgência de baixa complexidade:

Urgência de alta complexidade - unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência.

Urgência de baixa complexidade - unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas simples de assistência. Pode estar inserida na Unidade de Emergência ou na urgência de Alta Complexidade. (ANVISA, 2002, pág. 140).

Os serviços de emergência estão preparados para situações que exigem um atendimento imediato e não para se dedicarem a consultas de caráter ambulatorial ou administrativo, que levam à massificação dos atrasos na assistência urgente e ao

aumento dos níveis de estresse do pessoal que trabalha nesses mesmos serviços. A consequência direta desta situação é a redução da qualidade assistencial (RODRIGUEZ, 2002).

As unidades de emergência hospitalar são consideradas como uma das áreas do hospital com a maior complexidade de assistência e de alto fluxo de atividades, de pessoal e de clientes. Por ser uma unidade de grande movimentação (para os clientes e para os trabalhadores), causa desconforto, em grande parte, aos familiares e clientes, levando-os, muitas vezes, a desgastes físicos e emocionais (GOMES, 1994).

Atualmente os serviços de emergência fazem parte dos grandes centros hospitalares e constituem-se no primeiro passo no atendimento de muitos casos de atuação sanitária (RODRIGUEZ, 2002). Uma vez criado o serviço de atendimento de emergência num hospital público ou particular, deveria haver obrigação de receber e atender com eficácia os casos de urgência e emergência. A manutenção de um serviço de emergência tende a criar no público a certeza de que terá atendimento médico com eficácia, sempre que houver necessidade real (GOMES, 1994).

Os serviços de emergência têm contribuído eficazmente para a redução da morbidade e mortalidade por trauma, crises cardiovasculares e outras emergências, assim como, para o alívio e minimização dos efeitos adversos causados pelos desastres naturais. Para esta diminuição, muito contribuíram os serviços de emergência pré-hospitalares, que diminuíram o tempo de atendimento às vítimas e permitem que estas cheguem aos hospitais em condições de receberem cuidados mais específicos e diferenciados (OMS, 1998).

Os acessos aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde são de grande importância, principalmente a funcionalidade dos mesmos. Deve-se apostar na funcionalidade dos acessos e restringir o seu número para conseguir um bom controle da movimentação na instituição evitando o cruzamento desnecessário de pessoas e materiais (ANVISA, 2002).

Rodriguez (2002) acrescenta, ainda, que o acesso aos centros de emergência deve ser cômodo, livre de obstáculos e bem sinalizado. Nos dias de hoje estas características são respeitadas na maioria dos hospitais e os que não reúnem estas condições estão em reestruturação. Atendendo à urgência dos cuidados que são

prestados nestes serviços a entrada da emergência deve permanecer sempre livre de obstáculos, não sendo permitido o estacionamento junto da mesma.

Os serviços de urgência e emergência devem possuir algumas características estruturais que são fundamentais para um bom funcionamento. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2002) estabelece, através da resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002, a programação físico funcional para unidades de urgência e emergência que sejam criadas em novos estabelecimentos assistenciais de saúde. Nesta programação são distinguidas urgências de baixa e média complexidade de urgências de alta complexidade e emergências.

As urgências de baixa e média complexidade devem dispor de pelo menos: área externa para desembarque de ambulâncias; sala de triagem médica e/ou de enfermagem; sala de serviço social; sala de higienização; sala de suturas/curativos; sala de reidratação; sala de inalação; sala de aplicação de medicamentos; sala de gesso e redução de fraturas; sala de exame indiferenciado; sala para exame diferenciado; sala de observação; posto de enfermagem e serviços. A urgência de baixa e média complexidade deve ainda dispor de ambientes de apoio: área para notificação médica de pacientes; área de recepção de pacientes; sanitários para usuários; sala de utilidades; sala de espera para pacientes e acompanhantes; depósito de material de limpeza; área para guarda de macas e cadeira de rodas; rouparia; sala administrativa; copa (ANVISA, 2002, pág. 42).

Por sua vez, as urgências de alta complexidade e emergências devem dispor de todos os ambientes de que dispõem as urgências de baixa e média complexidade acrescidas de: posto de enfermagem/ prescrição médica; sala de serviços; sala de isolamento; uma sala coletiva de observação de pediatria e duas de adulto (masculino e feminino); sala de procedimentos especiais (invasivos); área de escovação; sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca, entre outros). A acrescer aos ambientes de apoio das urgências de baixa e média complexidade, as urgências de alta complexidade e emergências devem dispor de: área para guarda de pertences de usuários; depósito de equipamentos; sala/área para estocagem de hemocomponentes; banheiros para pacientes (salas de observação e isolamento); salas administrativas;

rouparia; copa; sanitários para os trabalhadores; posto policial; quarto de plantão (ANVISA, 2002, pág. 43).

Rodriguez (2002) chama a atenção para a importância da localização apropriada da sala de emergência (ou parada) que deve ser de fácil acesso e dispor de todos os equipamentos e medicamentos necessários para atuar sobre pacientes em risco de vida.

Os cuidados aos usuários nos serviços de emergência dependem de uma equipe multidisciplinar que deve ser corretamente coordenada. Por trabalharem em condições estressantes e precárias estas equipes devem ser formadas antecipadamente e compostas em função da área física do serviço em que vão atuar. Cada equipe deve estar treinada para o atendimento de pacientes críticos: parada cardio-respiratória, politraumatismos, patologia cardíaca isquêmica, arritmias graves, através de cursos repetidos a cada seis meses (RODRIGUEZ, 2002). Frente às características específicas de uma unidade de emergência o trabalho em equipe torna-se crucial (WEHBE, GALVÃO, 2001).

Contudo, a realidade das equipes de emergência no Brasil é bem diferente daquilo que é preconizado na literatura. De acordo com Rodriguez (2002), a equipe de saúde dos serviços de emergência é constituída fundamentalmente por profissionais em formação ou pelos profissionais mais recentes na instituição. Tal fato tem como vantagem a grande ilusão e capacidade de trabalho destes profissionais que assim são capazes de suportar a pressão do serviço. Por outro lado o grande inconveniente é a falta de experiência e de formação específica para o trabalho nesta área.

Dentro do hospital, a unidade de emergência pode ser considerada um dos ambientes em que os trabalhadores de saúde são sujeitos a um maior sofrimento psíquico devido à dinâmica do serviço que funciona ininterruptamente e que é um espaço de livre acesso para os usuários que chegam para procurar resolver os seus problemas de saúde. Assim, um dos principais problemas que estes trabalhadores enfrentam é a superlotação, em decorrência da procura contínua dos usuários por este tipo de serviço (OLIVEIRA et. al, 2004).

O processo de trabalho na emergência caracteriza-se por ter como objeto de trabalho usuários portadores de casos clínicos de extrema gravidade, com risco de morte, e usuários com quadros clínicos leves ou moderados que não conseguem

atendimento na rede de cuidados primários. Contudo, não é correto atribuir o sofrimento dos trabalhadores da emergência à gravidade das situações clínicas, mas sim ao fato de terem que lidar com situações incontroláveis frente às quais se sentem impotentes. É característico deste processo de trabalho o inesperado, o imprevisível, ao que se junta na maioria dos casos a falta de condições e de instrumentos de trabalho (OLIVEIRA et. al, 2004).

O sofrimento dos trabalhadores pode ainda ser agravado pelo fato de se verem constantemente envolvidos com processos decisórios de ordem técnico-científica e relacional. Os profissionais das unidades de emergência vêem-se obrigados a tomar decisões urgentes em situações em que os usuários correm risco de vida e/ou os familiares se encontram em crises emocionais (GOMES, 1994).

A organização do trabalho na emergência exige o domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho. Este domínio engloba exigências tais como pensar rápido, ter agilidade, competência e capacidade de resolutividade dos problemas emergentes. Trata-se de um ambiente de trabalho onde o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-lo do risco de morte iminente (OLIVEIRA et. al. 2004).

Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, em unidade de emergência concentra-se no fato de que as suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana. Como principais estressores, podem-se determinar os seguintes itens: número reduzido de funcionários compondo a equipe de saúde; falta de respaldo institucional e profissional; carga de trabalho elevada; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação adequada e compreensão por parte da supervisão de serviço; ambiente físico da unidade; tecnologia de equipamentos; assistência ao usuário e relacionamento com familiares (BATISTA, BIANCHI, 2006).

Para além dos estressores já referidos, os profissionais de saúde das unidades de emergência lidam freqüentemente com situações de violência. De acordo com Cezar e Marziale (2006), a violência no trabalho é um problema observado em hospitais,

principalmente em serviços de emergência onde os trabalhadores da equipe de saúde, ora atores, ora vítimas de atos violentos, estão reproduzindo e perpetuando situações de agressividade que vêm prejudicando a assistência prestada aos usuários e ocasionando o adoecimento pelo trabalho.

Vários fatores podem interferir na violência ocupacional tais como: aspectos individuais dos trabalhadores (personalidade, formação); aspectos relacionados ao próprio ambiente de trabalho (estratégia organizacional, recursos humanos e materiais, sistema de comunicação); além de aspectos ligados à dimensão social da vida das pessoas (CEZAR, MARZIALE, 2006). Podem-se incluir também as características individuais dos sujeitos atendidos e de seus familiares e a relação com os serviços de saúde. Os conflitos podem ser decorrentes de mau atendimento e falta de acesso, mas podem também, ser a expressão de insatisfação de outra esfera de vida social.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, em dois serviços de emergência, Deslandes (2000), constatou que os atos de violência ocorriam preponderantemente por demora no atendimento às exigências dos familiares para que o usuário fosse atendido imediatamente e com tratamento especial.

Existe uma percepção de que a violência e os abusos verbais contra as equipes de saúde das emergências hospitalares têm aumentado por todo mundo. Por outro lado, existe também um estereótipo em relação aos sujeitos que são violentos que nem sempre corresponde à realidade. Dentre os usuários rotulados como violentos destacam-se os indivíduos com história psiquiátrica, os indivíduos que abusam do uso do álcool e de outras substâncias químicas que alteram o comportamento e por vezes pessoas desfavorecidas economicamente. Os estereótipos e preconceitos dos profissionais de saúde podem também contribuir para um clima de medo e para o desenvolvimento de conflitos (FERNS, 2005).

2.2 O conflito no processo de trabalho em saúde

De forma sutil ou explícita, o conflito está sempre presente nas organizações, sejam elas de qualquer tipo. Para Malik, citado por Farias (2002), o conflito está

intimamente ligado às organizações. Os conflitos são inerentes à existência de grupos diferenciados, à interdependência de tarefas e ao compartilhamento de recursos.

Ao efetuar uma pesquisa bibliográfica acerca de situações geradoras de conflitos nas equipes de saúde, constata-se que não são muito freqüentes os estudos com foco nesta temática. De acordo com Vivar (2006), embora seja crescente a pesquisa sobre a gerência na enfermagem, a maioria da literatura disponível evitou investigar as causas e os efeitos do conflito em unidades de saúde. Conseqüentemente, é necessária uma pesquisa mais ampla e abrangente para aumentar o conhecimento no que diz respeito aos conflitos entre os profissionais de saúde (VIVAR, 2006).

De acordo com Marquis e Huston (2005), algumas das fontes mais comuns de conflito organizacional situam-se em problemas de comunicação, na estrutura organizacional e no comportamento individual nas organizações. Umiker (1997), apud Marquis e Huston (2005), sugere que as seis causas mais comuns de conflito nas unidades são expectativas pouco claras, comunicação insatisfatória, falta de clareza jurisdicional, incompatibilidades ou discordâncias baseadas em diferenças de temperamento ou atitudes, conflitos de interesse individuais ou grupais e mudanças operacionais ou no corpo de funcionários.

Recursos limitados são também uma causa significativa de conflito. Referem-se a recursos humanos limitados, falta de espaço, falta de dinheiro, equipamentos obsoletos, entre outros. Esses e outros problemas podem gerar conflitos operacionais por limitarem o desempenho que se espera dos indivíduos, departamentos e talvez até mesmo da organização como um todo (WISINSKI, 1994).

A diversidade de gênero, de cultura e de idade tem potencial de criar conflitos na organização. Isso se dá em conseqüência de dificuldades de comunicação, inclusive por questões de linguagem e aprendizagem da leitura e escrita, e de um reconhecimento cada vez maior de que alguns fatores se situam além da assimilação. Ademais, as pessoas, hoje em dia, desejam mais ressaltar suas diferenças, não estando dispostas a serem assimiladas em grupo homogêneo (ROWLAND, ROWLAND apud MARQUIS, HUSTON, 2005).

Leite e Vila (2005), com base num estudo acerca das dificuldades vivenciadas pela equipe de saúde, realizado numa unidade de terapia intensiva, afirmam que um

dos principais fatores causadores de estresse para a equipe multiprofissional é a própria equipe. Esta dificuldade decorre da falta de compromisso de alguns membros da equipe, o que interfere negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente. Essa situação desencadeia o estresse e a frustração no grupo de trabalho.

Algumas pesquisas, efetuadas no ambiente hospitalar, abordam as fontes e efeitos do conflito entre os profissionais de saúde. Diferentes grupos de indivíduos possuem expectativas e objetivos distintos, e as estratégias mobilizadas para alcançá-los levam muitas vezes a situações de oposição e contraditórias. Além disso, os indivíduos atuam em organizações que têm objetivos institucionais e que muitas vezes são contrários aos dos próprios sujeitos (SKJORSHAMMER 2002; FARIAS 2002).

Outros estudos focam-se apenas nas fontes de conflito entre os profissionais de enfermagem (MCVICAR 2003, COX 2003). Segundo estes autores, existem hoje em dia várias fontes de conflito nas equipes de enfermagem. Algumas das mais importantes fontes de conflito na enfermagem são divergências entre o estilo de administração das chefias e as perspectivas da equipe; recursos humanos e materiais limitados resultando em níveis mais elevados de estresse; diferenças nos objetivos entre grupos de trabalho e competição.

A produção teórica sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde, particularmente com base em pesquisas empíricas em serviços. Duas noções de equipe são apresentadas por Peduzzi (2001), a equipe agrupamento de agentes e equipe como integração de trabalhos. Na equipe agrupamento ocorre justaposição de ações enquanto que na equipe integração ocorre articulação das ações e a interação dos agentes. Em ambas estão presentes diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos.

Ainda para Peduzzi (2001), na equipe de saúde existem não só trabalhos diferentes no aspecto técnico, mas, também, desiguais no que diz respeito à valorização social. Algumas profissões são consideradas superiores a outras e existem relações de subordinação que respeitam uma hierarquia entre os profissionais. As diferenças técnicas transformam-se em desigualdades sociais entre os agentes do trabalho. A equipe acaba por expressar as diferenças e as desigualdades.

Neste sentido existe uma divisão técnica do trabalho, que se dá verticalmente, a partir da redistribuição de tarefas entre pessoas de diferentes níveis de qualificação, que leva a uma importante necessidade de pessoal auxiliar por ser menos custoso para um setor de carências seculares. Este fenômeno acentua-se na enfermagem, onde existem vários níveis profissionais. Em todo o trabalho institucional se deve atender à normalização das atividades, à racionalização do uso de instrumentos de trabalho, ao estabelecimento de vias institucionais de cooperação entre o grupo ou equipe de trabalho. Aí interferem resistências dos profissionais e técnicos para submeterem-se a normas capazes de interferirem com a sua autonomia (AGUDELO, 1995).

Ainda de acordo com Agudelo (1995), o trabalho médico possui a máxima autonomia, o que exerce grande poder institucional. Os vários profissionais de enfermagem realizam funções de coordenação e/ou viabilizam o cumprimento de normas e rotinas dos serviços o que pode gerar conflitos intergrupais. Estes cruzamentos de poderes dificultam, na maioria das vezes, a convivência, a tolerância e o respeito pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

A relação enfermeiro(a)/ médico(a) é apontada como uma importante fonte de conflitos. A organização hospitalar apresenta-se como um local privilegiado para o estudo da socialização dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos(as) e dos enfermeiros(as), e dos problemas resultantes do seu confronto nas práticas diárias do exercício profissional (CARAPINHEIRO, 1998). A autora, num estudo sociológico realizado em Portugal, aborda os conflitos que podem advir da prática diária e da confrontação de saberes e poderes num meio tão específico como o hospitalar.

Alguns estudos (FORTE 1997; KEENAN, COOKE, HILLIS 1998; LINDEKE, SIECKERT, 2005) focaram-se na relação entre médicos(as) e enfermeiros(as). Tradicionalmente, os(as) enfermeiros(as) agiam respeitando religiosamente as instruções do médico, no entanto, estes profissionais começaram a rejeitar o paradigma tradicional da dominância deste profissional hegemônico. Como resultado, os(as) enfermeiros(as) adquiriram maior responsabilidade na tomada de decisão, o que levou ao aumento do conflito entre os dois grupos de profissionais.

Para Farias (2002), as organizações hospitalares são espaços sociais heterogêneos onde interagem diversos profissionais com diversos papéis. Na sua dinâmica interna diariamente atualizam-se hierarquias, conflitos e alianças. O grupo dos médicos, embora minoritário, acaba por materializar a própria identidade da organização. A relação dos médicos com os outros profissionais pode levar a tensão de legitimação pois ao exercer o seu poder ou autoridade causam pressão sobre o trabalho das demais categorias, invadindo áreas de atuação que estas consideram da sua competência.

A partir do século XVIII, época em que o espaço hospitalar se tornou hegemonicamente reconhecido como medicalizado, o médico passou a exercer poder sobre o corpo das pessoas, sobre suas mentes e ainda sobre os demais membros da equipe de saúde. Contudo, não se pode dizer que somente a medicina exerça poder no espaço hospitalar. A enfermagem ao mesmo tempo em que serve como objeto do poder, também é sujeito dele, exercendo-o sobre doentes e os outros membros da equipe de enfermagem (BORENSTEIN, 2000).

O conflito de poder é sem dúvida outro fator de divergência e oposição significativa e é visível entre pessoas de status ou grupos profissionais diferentes. Por outras palavras, a relação da chefia com os subordinados pode, por vezes, levar a conflitos. Alguns estudos de administração focaram-se nesta temática (CAVANAGH 1991; CECILIO, MOREIRA 2002).

Poder, controle e conflitos são categorias com muita força explicativa para a compreensão das organizações de saúde. O controle e o conflito podem ser considerados manifestações das configurações do poder na organização. As equipes de saúde compõem-se de múltiplos profissionais portadores de poderes/saberes muito assimétricos e que configuram arranjos institucionais complexos (CECILIO, MOREIRA, 2002).

De acordo com Forte (1997), o conflito entre profissionais de saúde tem influência nos usuários dos serviços de saúde. Conseqüentemente, aprender a administrar e controlar o conflito, da maneira mais eficaz, deve ser uma prioridade entre enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais de saúde. Saulo e Wagner (2000), acreditam que treinamento de mediação de conflitos pode preparar os

trabalhadores da área da saúde para lidar com o conflito nas unidades que se encontram atualmente em mudança constante.

Michael e Brian (2003) acrescentam que o conflito existe na interação das equipes e que a chave de um trabalho efetivo é administrar o conflito. É importante escolher técnicas adequadas de administração de conflitos e manter o conflito num nível razoável. Relembrem ainda a importância da criatividade, de manter canais de comunicação abertos, de engajar os membros da equipe no processo de tomada de decisão.

Cecílio (2005) acredita que é possível tentar instrumentalizar os gerentes e os trabalhadores de saúde com dispositivos que lhes permitam tornar o conflito um tema de gestão, capacitando-os para compreender os conflitos e contribuindo para mudanças nas organizações, em particular na relação entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. Para tal o autor propõe uma matriz de análise de conflitos que teria o objetivo de facilitar a sua análise pelos trabalhadores e gerentes. A matriz é constituída por quatro colunas ou etapas. Na primeira etapa enuncia-se o conflito em análise. Na segunda etapa analisam-se as tensões constitutivas do conflito sendo considerados os atores envolvidos, a percepção dos atores acerca do conflito, a posição dos atores perante o conflito e os recursos disponíveis para lidar com a situação conflituosa. Na terceira etapa explicita-se como o conflito tem sido tratado até ao momento. Por fim, na quarta etapa, partindo da compreensão do grupo acerca da situação são pensadas e negociadas novas possibilidades de se trabalharem os conflitos de forma mais negociada e acordada, dentro dos limites e possibilidades da organização (CECILIO, 2005).

Alguns estudos (FRANCISCO et al. 1997; SAULO, WAGNER 2000; SKJORSHAMMER 2001; VIVAR 2006) focam-se nas estratégias que os profissionais de saúde utilizam para lidar com o conflito no seu local de trabalho.

De acordo com o estudo desenvolvido por Francisco et al. (1997), num hospital do Rio de Janeiro, os estilos de administração de conflitos adotados pelos enfermeiros são confrontação, negociação, enfrentamento, conciliação, manipulação, aceitação, submissão e retirada. Segundo o autor são estilos de administração interdependentes e

não têm relação com as variáveis sexo, idade, estado civil e tempo de exercício profissional.

Skjorshammer (2001), amplia o estudo das estratégias de administração de conflitos para a globalidade da equipe de saúde. De acordo com a pesquisa desenvolvida por este autor quando em conflito, os profissionais de saúde parecem usar três formas principais para lidar com a situação: evitar, competir e negociar, usualmente nesta ordem. O comportamento de evitar ou suprimir é a mais comum reação a um conflito emergente.

Marques et al. (2004), com base numa investigação acerca da gestão de conflitos em instituições de saúde, afirmam que os conflitos interprofissionais são uma realidade neste tipo de organizações. O estudo efetuado por estes autores contemplou profissionais que exercem funções de chefia em hospitais e postos de saúde. Partindo deste estudo os autores agruparam os conflitos em três grandes categorias: comunicacionais, pessoais e estruturais. A predominância, segundo os autores, é dos conflitos pessoais e estruturais. Os conflitos pessoais em instituições de saúde são significativos uma vez que existe a necessidade de trabalhar em equipes multidisciplinares. Os conflitos estruturais surgem pela falta de organização das instituições e pela deficiência na área de formação em gestão e liderança por parte das chefias.

Ao longo desta revisão de literatura observa-se que alguns autores abordam a questão dos conflitos entre os profissionais de saúde, identificando causas e efeitos ou procurando conhecer as estratégias utilizadas pelas equipes para fazerem frente às oposições e incompatibilidades. Apesar desses estudos existem poucas pesquisas que focalizem a questão do conflito, nos serviços de emergência, nas suas múltiplas dimensões. Esta temática aparece em trabalhos com um outro foco e, portanto, acredito que é significativo estudar o conflito nas suas várias dimensões e na sua relação com o processo de trabalho.

A principal conclusão a tirar da literatura consultada é que os conflitos têm efeitos significativos nas relações de trabalho e na assistência prestada aos usuários ,pelo que devem ser estudados e compreendidos de modo a subsidiar a tomada de decisões que potencializem os benefícios e minimizem os danos.

A compreensão do processo de trabalho nos serviços de emergência, nomeadamente, sua finalidade, instrumentos, características da força de trabalho e especificidade do objeto do trabalho poderá contribuir para a tomada de decisões de modo a evitar situações negativas geradas do manejo dos conflitos, das tensões entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O suporte teórico para o desenvolvimento desta pesquisa vem de três fontes: da teorização sobre processo de trabalho em saúde, da ergologia e das formulações teóricas sobre conflitos nas organizações.

A opção pela teorização sobre processo de trabalho em saúde é primordial devido à concepção desta proposta, que entende as situações de conflito não como fenômenos isolados, “erros” a serem corrigidos ou “anomias” no sentido Durkheiminiano, mas como expressões positivas e negativas da própria complexidade do processo de trabalho. Ou seja, uma ação desenvolvida por seres humanos para atender necessidades e que ocorre em contextos histórico-sociais e culturais.

À teorização sobre processo de trabalho em saúde associa a ergologia, pois a sua abordagem do trabalho como atividade humana é uma maneira epistemologicamente renovada de produzir conhecimentos sobre o trabalho, levando-se em conta a experiência dos trabalhadores e a dinâmica micro-social das relações e escolhas no exercício da atividade, ou seja, do trabalho, da ação em si.

As teorizações sobre o processo de trabalho em saúde e a ergologia se inserem na linha teórico-filosófica do materialismo histórico-dialético e englobam as contribuições de autores como Marx (1985), Capella (1996), Campos (1997), Pires (1998, 1999), Kanaane (1999), Schwartz (2000), Pires, Gelbecke e Matos (2004), Brito (2004, 2005), entre outros.

Tendo em conta que o foco desta pesquisa se encontra nas situações de conflito o suporte teórico compreenderá ainda as formulações teóricas sobre conflitos nas organizações. Para tal terei como base autores da área da Administração tais como Bowditch e Buono (1997), Moscovici (1997, 2003) e Robbins (2002).

3.1 O processo de trabalho em saúde

Para Marx (1985, p.202), o **trabalho** é um processo do qual “participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Marx acredita que o homem atua sobre a natureza que o envolve modificando-a, ao mesmo tempo em que, nesta relação, modifica a si próprio.

É com base em Marx que Capella (1996), afirma que o trabalho é “um modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, definindo projetos, implementando-os, realizando produtos para além de si mesmo e da natureza, isto é recria a natureza” (CAPELLA, 1996, p.164). A autora considera o trabalho como um fenômeno derivado da necessidade de sobrevivência de homens e mulheres e que resulta da conjugação da força física com a capacidade racional e com o relacionamento com os outros seres humanos. Capella (1996) afirma ainda que o trabalho envolve dimensões sociais, culturais, artísticas, tendo uma dimensão central na vida das pessoas.

O trabalho desde sempre ocupou um lugar central na vida das diferentes sociedades e é influenciado por concepções políticas, religiosas, econômicas, ideológicas, históricas e culturais. Os distintos significados atribuídos ao trabalho englobam a contribuição de áreas do saber tais como Antropologia, Sociologia, Economia, Psicologia, entre outras (KANAANE, 1999).

Segundo Kanaane (1999), desde a antiguidade acontecem esforços conjugados para se realizarem atividades. No entanto, é a revolução industrial que leva a transformações vitais no trabalho exercido pelos seres humanos. Dentre estas alterações destaca-se a aplicação de descobertas científicas e de avanços tecnológicos e industriais, a expansão sem precedentes da produção nos setores considerados estratégicos, a padronização das formas de trabalho da população ativa, a tendência à urbanização, a formação de um proletariado com consciência de classe.

Numa perspectiva psicológica, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação no trabalhador, de acordo com o meio e a forma que desempenha a sua tarefa. Segundo Dejours (1994), existe um conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho que prescreve um modo operatório

preciso. A organização do trabalho pode ser considerada a vontade do outro, a prescrição ao trabalhador, por parte do empregador, da forma de executar o trabalho. Ela é, primeiramente, a divisão do trabalho e a sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: a organização do trabalho recorta assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho.

Dejours (1994), afirma que:

não acharemos abusivo observar nisso o exercício de uma vontade: a de dominar, de controlar, de explorar ao máximo a força de trabalho, isto é, de substituir o livre arbítrio do trabalhador pela injunção do empregador, mediatizado, eventualmente, por técnicos especializados, (...). O trabalhador é, de certa maneira, despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro. Reconhecemos aqui sem dificuldade a inspiração de Taylor (...) (DEJOURS 1994, p.26).

Os estudos desenvolvidos por Taylor, no âmbito da organização e racionalização do trabalho reforçaram a implementação da divisão de trabalho nos sistema de produção, fazendo prevalecer o controle do próprio trabalho por parte daqueles que o administram deixando a execução para aqueles que o protagonizam. Os meios de produção são apropriados por uma classe pensante que busca subordinar a classe executora ou operadora aos seus princípios e parâmetros (KANAAANE, 1999).

No entanto, não existe uma separação total entre a execução e a concepção do trabalho em saúde. Cada trabalhador detém conhecimentos e potencial para tomar decisões no momento em que executa o trabalho, o que pode ser uma fonte de expressão de subjetividade e/ ou fonte potencial de conflitos (PIRES 1998; CAMPOS 1997).

De acordo com Dejours, Dessors e Desriaux, apud Pires, Gelbcke e Matos (2004), quando se pensa a organização do trabalho é preciso considerar que esta inclui a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, e que o trabalho ocorre numa determinada instituição e sociedade. Desta maneira, a sua organização sofre influências das políticas de gestão organizacionais e das macropolíticas sociais. Pensar a organização do trabalho implica também entender o contexto histórico e cultural em que este se encontra inserido (PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004).

A fragmentação e a expropriação do processo de trabalho referidas por Dejours e Kanaane podem ser facilmente identificadas no **trabalho em saúde**. Segundo Pires, Gelbcke e Matos (2004), o trabalho em saúde, em especial o da enfermagem, tem sido influenciado pelo modo de produção capitalista e pelo modelo taylorista/ fordista de organização do trabalho resultando em diversos problemas, destacando-se:

a fragmentação do trabalho com a especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas; hierarquia rígida e controle gerencial do processo de produção; desequilíbrio nas cargas de trabalho; separação entre concepção e execução, levando a desmotivação e alienação do trabalhador (PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004, p.314).

A organização parcelar do trabalho em saúde e a limitação do profissional a apenas uma etapa do processo terapêutico tende a aliená-lo do entendimento do conjunto do processo. Não agindo ou não se percebendo como sujeito ativo neste processo assistencial terá tendência a não se sentir responsável pelo resultado final das intervenções que efetua e, conseqüentemente, pela recuperação do doente e pela promoção da saúde da comunidade. É assim necessário reaproximar os profissionais de saúde do resultado do seu trabalho e da compreensão da totalidade do processo de trabalho (CAMPOS, 1997).

Para Campos (1997), existem fundamentalmente dois modelos para a organização dos processos de trabalho em saúde. No modelo mais tradicional existem organogramas verticais e uma clara separação entre as diversas profissões. Tende a ser um trabalho burocratizado em que cada um só se sente responsável pelo que é estritamente da sua área técnica ou especialidade. No extremo oposto existem propostas de horizontalidade dos organogramas com conseqüente distribuição do poder. Neste caso verificar-se-ia uma igualdade artificial entre os trabalhadores e uma indefinição de funções dos elementos da equipe de saúde. Esta horizontalidade poderia levar à diminuição da capacidade dos profissionais fazerem procedimentos característicos e específicos das suas profissões. O desafio para a gerência seria encontrar o equilíbrio entre estes dois modelos, ou seja, combinar a polivalência com a

especialização, procurar um meio-termo entre a horizontalidade e a verticalidade (CAMPOS, 1997).

De acordo com Capella (1996), o **processo de trabalho em saúde**:

é um processo de trabalho coletivo, onde áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outros, compõem o todo. Este processo, institucionalizado, tem como finalidade atender ao homem, que em algum momento de sua vida submete-se à hospitalização. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela bem como a organização desses trabalhos foi-se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica (CAPELLA, 1996, p.168).

De acordo com Pires (1998), o trabalho em saúde é considerado essencial para a vida humana. Ao longo da história da humanidade tem assumido diversas formas, mas tem sido sempre considerado como uma atividade humana especial, cujo produto é indissociável do próprio processo de realização da atividade (PIRES, 1998).

A finalidade do processo de trabalho em saúde é a ação terapêutica, e o objeto do trabalho são os seres humanos portadores de carência de saúde². A prestação de cuidados faz-se usando os conhecimentos técnicos e científicos que os profissionais possuem e o produto final é a própria prestação da assistência que é produzida e consumida em simultâneo.

O ato assistencial pode ser realizado de forma independente em uma relação direta do profissional com o cliente, mas hoje, devido à complexidade dos problemas de saúde, a maioria da assistência é efetuada em instituições com vários graus de complexidade e envolvendo vários profissionais diferenciados que contribuem para a atividade final, ou seja, a assistência em saúde (PIRES, 1998).

A maior parte da atenção à saúde prestada à população desenvolve-se em instituições de saúde que organizam o seu modo de funcionamento e processo de produção sofrendo a influência da sociedade em que se encontram inseridas e conseqüentemente de contextos políticos, modelos administrativos, tecnologias

² Neste trabalho “carência de saúde” e “necessidades de saúde” são entendidos como sinónimos.

disponíveis e do paradigma da produção de conhecimentos vigente (PIRES, 1999, p.29).

A **sociedade** é a esfera existencial do ser humano da qual ele faz parte em conjunto com outros seres humanos, constituindo a sua história de vida. Assim, este ser humano está sujeito a normas e limites, condições materiais que, por vezes, interferem com a sua própria vontade individual (CAPELLA, 1996, p.163).

A sociedade envolve condições materiais, estrutura jurídico-legal e instituições que se estruturam segundo regras de funcionamento, idéias e valores vigentes em cada momento histórico. É nestas condições materiais do meio em que vivem que os homens e as mulheres constroem suas histórias de vida e lidam com limites, desejos e valores.

Dentro da sociedade, os sujeitos trabalhadores da área da saúde inserem-se numa **instituição**, que Capella (1996) caracteriza como:

um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de bens ou serviços. A instituição reflete a sociedade, que é determinada basicamente pelas condições materiais. A instituição não é uma entidade autônoma, independente dos indivíduos que nela trabalham. Ela é a objetivação das relações humanas e é, também, simultaneamente, a objetivação das múltiplas determinações materiais. A instituição formaliza as relações entre humanos (através da subjetividade e da cultura) e os materiais (pelos objetos construídos ou serviço produzido). (CAPELLA, 1996, p.165).

Quando na instituição se estabelecem relações de diversas ordens, delineadas pelas relações sociais e pela produção de um trabalho dirigido ao ser humano com carência de saúde, podemos estar perante uma **instituição de saúde**. Esta produção não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve outro ser humano, com toda a sua complexidade. Os diversos serviços de saúde, e dentre eles o hospital é um lugar de relações entre seres humanos, cada qual com as suas necessidades, interesses e possibilidades (CAPELLA, 1996).

De acordo com Capella (1996), o **Ser Humano** pode ser conceituado como:

ser natural que surge em uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se

confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (CAPELLA, 1996, p.162).

O ser humano é físico, social e cultural. A dimensão física está na essência do Homem, pois este possui um corpo biológico, material, com constituição anatômica e fisiológica. Além desta dimensão fisiológica o ser humano possui uma dimensão psicológica, onde se enquadra a consciência. É aqui que se inserem os sentimentos, os desejos, vontades e pensamentos. A dimensão psicológica manifesta-se essencialmente através da linguagem que permite ao homem tornar-se social e cultural. A linguagem faz a mediação entre o homem natural e o homem social. A dimensão social permite ao homem relacionar-se com os seus semelhantes, com os outros homens dentro de uma sociedade em que este se insere. É importante que nesta sociedade haja espaço para que este sujeito concreto, natural, humano, histórico, social possa ser reconhecido pela sua singularidade e individualidade. O ser humano transita entre a sua singularidade, individualidade e a sua condição social, cultural, genérica e universal (CAPELLA, 1996).

Quando o ser humano presta cuidados de saúde à população pode ser denominado por **sujeito trabalhador da área da saúde (hospitalar)**, que segundo Capella (1996):

é aquele homem, individuo que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício de alguma profissão ligada à área da saúde, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de saúde, em conjunto com os demais trabalhadores da instituição em que atua (CAPELLA, 1996, p.167).

O sujeito trabalhador da área da saúde encontra-se inserido numa **profissão** que designa um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades e que dominam os conhecimentos essenciais à sua realização. A produção e reprodução dos conhecimentos necessários são controladas, pelos trabalhadores, através do ensino e da pesquisa. O grupo de trabalhadores cria também regras para o

exercício profissional e entidades capazes de os representar na sociedade (PIRES, 1998).

O trabalho coletivo em saúde envolve diversos profissionais entre eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de farmácia, técnicos de laboratório, assistentes sociais, entre outros. Estes trabalhadores desenvolvem atividades necessárias para o cuidado humano e para o funcionamento institucional (PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004). Para além dos profissionais de saúde, atuam nas instituições de saúde outros profissionais tais como, trabalhadores da limpeza, seguranças, trabalhadores dos serviços de alimentação, que desenvolvem atividades de apoio necessárias ao funcionamento das organizações.

No trabalho em saúde os médicos são aqueles que detêm maior autonomia no exercício da sua atividade, tanto em relação aos demais trabalhadores como em relação à instituição. A **medicina** é a área do saber que detém o controle legal do processo de trabalho em saúde, sendo necessária a sua indicação para que ocorra a internação hospitalar. Cabe também ao médico avaliar os doentes, elaborar o diagnóstico, prescrever as medidas terapêuticas realizadas por ele e por outros profissionais de saúde e ainda decidir a alta hospitalar (PIRES, 1999, p.38).

A grande autonomia do trabalho médico permite que esta categoria profissional exerça forte poder dentro da instituição. Os demais profissionais de saúde têm certa autonomia do seu âmbito profissional, mas, no conjunto do trabalho coletivo institucional, submetem-se às prescrições médicas e toda a equipe, incluindo médicos, diversos profissionais e trabalhadores da instituição desenvolvem o seu trabalho sob as regras e normas institucionais.

Para Capella (1996, p. 180), a **enfermagem** “é uma prática social cooperativa, institucionalizada”, exercida por uma categoria com profissionais com diferentes níveis de formação, que tem por atividade, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, atender ao ser humano, que, em determinado momento do seu processo de viver, procura os serviços de saúde. Para isto, a enfermagem utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas, construídos, organizados e reproduzidos em decorrência da divisão social e técnica do trabalho na área da saúde.

A enfermagem presta cuidados diretos ao cliente em toda a sua integralidade, como ser biológico e social, assumindo parte das necessidades decorrentes da característica de totalidade do ser humano. Para além das atividades assistenciais exerce ainda funções de cunho administrativo, com o objetivo de criar as condições que a assistência à saúde se desenvolva (PIRES, 1999, p.39, 40).

A enfermagem, a medicina e as demais profissões de saúde lidam com a **saúde/doença** dos clientes e ao mesmo tempo precisam viver o seu trabalho de uma forma saudável. Para Canguilhem, citado por Brito (2005), a instabilidade é uma característica das situações de vida e trabalho. O meio é sempre infiel, sendo a saúde uma margem de tolerância às infidelidades do meio e a capacidade de criar novas normas.

Canguilhem (1995) pensa o conceito de saúde em termos de margem de seguridade onde a doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio. A saúde é entendida como referência a possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância ou de seguridade que cada um possui para enfrentar e superar as contrariedades impostas pelo meio. Neste sentido, podemos falar de saúde quando dispomos de meios e capacidades para enfrentar as dificuldades e compromissos.

A saúde no trabalho corresponde assim à capacidade de enfrentar os obstáculos e dificuldades que aparecem diariamente no decorrer das atividades. O ser humano, como sujeito criador de normas, vive seu trabalho também a partir de suas preocupações, na medida em que a realização de uma tarefa passa pela invenção de um uso de si (SCHWARTZ, 2000). O autor prossegue dizendo que a vida no trabalho não se resume a imposições, mas que exprime outras polaridades (afetiva, intelectual, cultural), cujo mau uso no trabalho pode comprometer a saúde.

3.2 A contribuição da ergologia

A ergologia é uma nova abordagem teórico-metodológica no campo das ciências humanas que objetiva conhecer as situações de trabalho na perspectiva de

intervenções que visem transformá-las e melhorá-las. Não se trata, portanto, de uma nova disciplina, mas de um complexo de condutas no campo das ciências humanas e do trabalho e suas diversas disciplinas, inclusive a ergonomia e o campo da saúde do trabalhador, tendo como elemento operador, sintético e transdisciplinar o conceito de atividade humana no trabalho.

Esta nova abordagem surgiu na França, na Universidade de Provence, em 1983, em contextos de estudos sobre a análise pluridisciplinar das situações de trabalho, que em seguida originou o Departamento de Ergologia na citada Universidade.

A abordagem ergológica considera o trabalho como uma atividade humana que não pode ser reduzida a uma simples execução ou a um processo alienante e que comporta sempre um contributo pessoal criador de novidade, pouco que seja, transformador do mundo. Para a ergologia, a atividade é assim um lugar de renormalização dos sujeitos e dos meios de trabalho.

A Ergologia inspira-se em diversas influências entre elas a Ergonomia, o Movimento Operário de Luta pela Saúde, e a obra de Georges Canguilhem, vindo reforçar algumas idéias já defendidas por estas áreas do conhecimento (BRITO, 2005).

Para procurar perceber o trabalho e produzir conhecimentos sobre ele, a Ergologia baseia-se em quatro pressupostos (BRITO, 2004). Pensar o geral e o específico, segundo a dialética entre o universal e o singular, considerando todas as formas de atividades atuais, é o primeiro pressuposto da abordagem ergológica. Como prática pluridisciplinar em torno de um núcleo de preocupações comuns, essa abordagem apresenta, como segundo pressuposto a articulação entre as diversas disciplinas e, sobretudo, a interrogação sobre seus saberes. O terceiro pressuposto metodológico dessa abordagem é encontrar em todas as atividades as normas antecedentes e as variabilidades, as normas que se impõem e as normas que se instauram, assim como entende que a análise do trabalho é inseparável do campo dos valores da epistemologia e da ética. O trabalho é sempre um lugar de escolhas, um destino a viver, engaja as pessoas. O quarto pressuposto ergológico se refere à promoção de certo regime de produção de saberes sobre o humano, pois o encontro sempre histórico entre os dois saberes (científicos e práticos) não pode ser antecipado, é sempre uma descoberta (BRITO, 2004).

Para a ergologia não é possível viver sob total heterodeterminação porque no exercício das atividades os homens e as mulheres fazem uso de si por si, além de ocorrer o uso de si pelo outro. O trabalho é observado pelo ângulo que tende a ser ignorado e negado pelas organizações. Este ângulo é o ângulo da vida, do trabalho vivo, que pretende identificar os “possíveis” presentes nas atividades (SCHWARTZ, 2000).

Encontrar a vida presente no processo de trabalho parece ser fundamental quando pretendemos construir alternativas, em parceria com os protagonistas da atividade, que favoreçam a saúde dos grupos envolvidos. Evidentemente isso pressupõe um tipo de saber, uma inteligência da prática, que não pode deixar de ser considerada (BRITO, 2005).

O ponto de vista da atividade, inerente à ergologia, permite integrar a experiência dos trabalhadores no processo de produção de conhecimento (BRITO, 2005).

O conceito de atividade permite compreender o trabalho como um lugar permanente de micro-escolhas, de debate de normas e valores. O sujeito, nesta situação, é colocado diante de diferentes racionalidades: racionalidade/norma imposta pela hierarquia e racionalidade/norma do próprio coletivo de trabalhadores - seu patrimônio, suas descobertas cotidianas e valores econômicos, sociais, políticos, de solidariedade, em relação à saúde, entre outros (SCHWARTZ, 2000).

Para Schwartz (2000), o trabalho sofre influência de fatores exteriores, daquilo que é formulado mesmo antes do início do processo. A vida e o trabalho não têm um caráter totalmente padronizável existindo uma defasagem entre a tarefa e a atividade que necessita ser reconhecida sob pena de danos à saúde do trabalhador. Assim, o trabalho real não corresponde ao trabalho prescrito.

O ser humano é por natureza criador de normas e vive o trabalho também a partir das suas preocupações, pois para executar uma tarefa necessita fazer uso de si. A vida no trabalho não se resume a imposições, engloba também componentes afetivos, intelectuais e culturais que se mal usados no trabalho podem por em causa a saúde do próprio sujeito que o realiza (SCHWARTZ 2000, apud BRITO 2005).

O trabalho não pode ser reduzido à manutenção de normas, pois isso seria ver a vida humana sob o ângulo da doença. A doença representa a impossibilidade de fazer aparecer o novo no trabalho, a manutenção do idêntico, enquanto a saúde representa a criação do novo. A saúde no trabalho e a sua reconciliação com a vida são obtidas através da possibilidade dos trabalhadores criarem micro-normas no ambiente de trabalho.

Alguns conceitos tais como protagonista, atividade, norma, renormalização, desconforto intelectual e gestão são centrais para a ergologia, pelo que são apresentados a seguir.

Os **protagonistas** das situações de trabalho são todos os atores engajados numa atividade. Não são somente os trabalhadores ou empregados, mas também os líderes da empresa e mais largamente, os representantes destes atores na vida social à escala macro. Cada um é convidado a uma diligência ergológica para participar na elaboração dos conhecimentos e para tirar partido das várias alternativas ocultas nas atividades humanas (SCHWARTZ, DURRIVE, 2001).

A ação tem um início e um fim, pode ser identificada (gesto, marca), ligada a uma decisão, derivada de uma razão. Uma instrução é uma lista de ações. A **atividade** é um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (SCHWARTZ, DURRIVE 2001).

Norma é uma palavra latina que significa regra. A norma exprime o que uma entidade avalia como o que deve ser: dependendo do caso pode ser um ideal, uma regra, um objetivo, um modelo. Esta instância pode ser externa ao indivíduo (normas impostas), como pode ser o indivíduo ele mesmo a estabelecê-la (normas instauradas na atividade). Cada um procura ser produtor das suas próprias normas, originar as exigências que o governam. O agir humano não é nunca meramente automático, é governado e se governa por normas (SCHWARTZ, DURRIVE 2001).

O ser humano, como todo o ser vivo, é exposto a exigências ou normas, emitidas continuamente e em quantidade pelo meio no qual se encontra. Para existir como ser singular, vivo, e em função das lacunas das normas do meio perante as inúmeras variabilidades da situação local vai e deve tentar permanentemente reinterpretar as normas que lhe são propostas. Ele tenta configurar o meio como o seu

meio próprio. É o processo de **renormalização** que está no centro da atividade (SCHWARTZ, DURRIVE 2001).

Para os trabalhadores é forte a tentação de escolher o conforto de um discurso sobre as tarefas que evita a exposição. Reciprocamente, para os pesquisadores é forte a tentação do conceito, satisfazer-se dos modelos que conceberam e dos encadeamentos que imaginaram. O **desconforto intelectual** é uma postura própria da ergologia, que tira as conseqüências do conceito de atividade humana: incomodar metodicamente os nossos conhecimentos constituídos e as nossas experiências de trabalho com a finalidade de progredir incessantemente nos dois planos (SCHWARTZ, DURRIVE 2001).

A **gestão** é o manuseamento de dados para administrar, tratar, que leva a efetuar decisões incessantes. Durante muito tempo, pensou-se que o trabalhador de base executava, não pensava e não tinha nada a gerir. A gestão confundiu-se mesmo com funções de administração. Atualmente, reconhece-se que o trabalho de qualquer trabalhador supõe a gestão de dados, de acontecimentos (SCHWARTZ, DURRIVE 2001).

Na gestão, efetuada diariamente pelos trabalhadores, existe a possibilidade de na relação com os outros protagonistas ocorrerem conflitos. De seguida são apresentadas as teorizações sobre os conflitos nas organizações.

3.3 O conflito nas organizações

Os conflitos fazem parte da nossa vida pessoal e profissional. Mesmo que não ocorram diariamente, aparecem com uma frequência maior que a desejável. Esta temática tem sido alvo do estudo de vários autores da área comportamental, tais como, Likert e Likert (1980) Bowditch e Buono (1997), Moscovici (1997, 2003), Robbins (2002), entre outros.

Dentro do contexto organizacional o conflito abrange significados como desacordo, divergência, discórdia, controvérsia, antagonismo e competição. Para que haja um conflito propriamente dito é necessário que durante uma cena em que se

encontram diferenças de objetivos e interesses, exista necessariamente uma interferência deliberada de uma das partes envolvidas (BIANCHI, 2003).

O conflito pode ser um problema grave em uma organização, podendo gerar situações caóticas que impossibilitam o trabalho em equipe. Contudo, nem sempre o conflito tem uma conotação negativa, podendo até, em determinados níveis, ser benéfico para a vida organizacional, promovendo a mudança e a inovação (ROBBINS, 2002).

De acordo com Moscovici (1996), as teorias de administração ocupam-se quase em exclusivo do funcionamento organizacional visível, aparente, racional e facilmente acessível ao estudo ou à pesquisa. Conseqüentemente, o que está oculto assim permanece intocado, como se não tivesse influência sobre o funcionamento da organização.

Moscovici (1996) acredita que o funcionamento da organização tem aspetos visíveis e invisíveis e para representá-los recorre a uma analogia. Nessa analogia os aspetos visíveis da vida organizacional seriam a luz, tudo o que a organização focaliza, acredita, valoriza e incrementa na realidade. Os aspetos invisíveis seriam a sombra que compreende tudo o que a organização ignora, desvaloriza, tenta minimizar ou impede o aparecimento. A compreensão da dinâmica organizacional requer o estudo da luz e da sombra, do visível e do oculto.

Assim, os conflitos na organização podem ser visíveis, manifestarem-se na luz ou, por outro lado, invisíveis e ocultos na sombra. Cecílio e Moreira (2002) reforçam esta visão e propõem analisar os conflitos como manifestações de superfície das tensões constitutivas da vida organizacional. De acordo com estes autores:

os conflitos são manifestações fenomênicas, de superfície, de tensões constitutivas da vida organizacional que localizamos em nível mais profundo na estrutura. Assim, o conflito observado, enunciado, reconhecido pelos atores institucionais, quando a instituição fala, seria a parte visível, dinâmica, multiforme de determinações mais estáveis, estruturais constitutivas da vida organizacional (CECILIO, MOREIRA, 2002, pág. 604).

Os autores afirmam ainda que:

a utilização do conflito como categoria analítica deverá levar em conta tanto a sua manifestação visível, observável, comportamental – o conflito explícito - quanto o fato de que o conflito pode ser negado ao ser impedido de entrar na agenda de discussão da direção – o conflito latente ou virtual ou potencial -, na medida em que poderia haver conflito se fosse rasgado o véu ideológico que impede certos autores de sequer reconhecer seus interesses (CECILIO, MOREIRA, 2002, pág. 604).

Num grupo de trabalho, as diferenças individuais trazem naturalmente diferenças de opinião, expressas em discordância quanto a aspectos de percepção da tarefa, metas, meios ou procedimentos. Essas discordâncias podem conduzir a discussões, tensões, insatisfação e conflito, ativando sentimentos e emoções mais ou menos intensos, que afetam a objetividade, reduzindo-a a um mínimo, e transformam o clima emocional da equipe (MOSCOVICI, 1997).

Moscovici (1997), numa perspectiva psicológica, entende o conflito como divergências de percepções e de idéias, quando as pessoas se colocam em posições antagônicas. As situações de conflito são consideradas componentes inevitáveis e necessárias na vida grupal. O conflito em si não é patológico nem destrutivo, mas pode ter conseqüências funcionais ou disfuncionais, dependendo da forma como é tratado.

O conflito interpessoal pode incluir tanto discordâncias interpessoais a respeito de problemas essenciais, tais como diferenças em relação a estruturas organizacionais, políticas e administrativas, quanto antagonismos pessoais, ou seja, diferenças de caráter marcadamente pessoal e emocional decorrentes das relações de interdependência dos indivíduos no trabalho (WALTON apud SILVA, 2000).

O conflito intergrupual se refere a divergências ou discordâncias entre os membros ou representantes de dois ou mais grupos, quanto à autoridade, metas, territórios ou recursos. O conflito pode ocorrer devido a uma série de razões: disputa de papéis, escassez de recursos, mal-entendidos, diferenciação de tarefas, e orientações diferentes em relação a tempo, estrutura e relações interpessoais (BOWDITCH, BUONO 1997).

De uma forma mais ampla, é possível definir o conflito como um processo que se inicia quando uma das partes envolvidas percebe que a outra parte afeta, ou pode

afetar, negativamente, alguma coisa que a primeira considera importante. Para estarmos perante um conflito é preciso que as partes envolvidas interajam e percebam a oposição ou incompatibilidade (ROBBINS 2002, p.373).

Existem muitas definições de conflito e o termo tem tomado diversos sentidos ao longo do tempo, contudo, alguns aspectos encontram-se na maioria das definições. Moscovici (1997), Bowditch e Buono (1997), concordam com Robbins (2002) afirmando que o conflito precisa ser percebido pelas partes envolvidas, que é necessário que estas interajam sendo fundamental que haja alguma forma de oposição e antagonismo.

De acordo com Robbins (2002), o conceito de conflito tem evoluído ao longo do tempo, essencialmente de acordo com três visões: a tradicional, a de relações humanas e a interacionista. Cada uma destas visões é mais característica de uma época, mas as três ainda existem e, por vezes, convivem nos mesmos espaços organizacionais.

A visão tradicional, a mais antiga, assumia que todo o conflito é ruim. O conflito por definição era mau e devia ser evitado. Tinha conotação com violência, destruição e irracionalidade. Esta visão estava de acordo com as percepções sobre comportamento grupal que existiam de forma predominante nas décadas de 1930 e 1940.

No final da década de 1940 até metade da década de 1970, a visão das relações humanas dominou a teoria sobre conflitos. Esta visão defende que o conflito é uma consequência natural nos grupos e nas organizações. Como é inevitável, segundo esta visão deve ser aceite, podendo até por vezes ser benéfico para o desempenho do grupo.

Se a abordagem das relações humanas aceita o conflito, a visão interacionista vem mesmo encorajá-lo, afirmando que um grupo harmonioso, pacífico, tranquilo está na iminência de tornar-se apático e não responder à necessidade de mudança e de inovação. Esta visão vem dizer que um nível mínimo de conflito é necessário para que o grupo ou organização se mantenha autocrítico e criativo.

A visão interacionista proposta por Robbins (2002), e que se adota neste trabalho, não defende que todos os conflitos sejam bons ou ruins. Os conflitos que apóiam os objetivos de um grupo ou equipe e melhoram o seu desempenho podem ser

considerados positivos. Por outro lado, aqueles que atrapalham o desempenho do grupo ou equipe são formas negativas de conflito.

Para diferenciar um conflito positivo ou funcional de um negativo ou disfuncional é necessário atentar ao tipo de conflito. Segundo Likert e Likert (1980), o conflito pode ser substantivo, fundamentado na substância da tarefa, e afetivo, derivado dos aspectos emocionais e afetivos das relações interpessoais. Já para Robbins (2002), para além dos conflitos de tarefa e interpessoais existem ainda conflitos de processo que dizem respeito à forma como o trabalho é organizado e realizado.

Os conflitos afetivos parecem ser quase sempre negativos, pois os atritos interpessoais aumentam o choque de personalidades reduzindo a compreensão entre os sujeitos, o que leva a dificuldades na realização das funções na equipe e na organização. Por outro lado, níveis baixos de conflitos de tarefa e de processo parecem ser positivos, pois estimulam a discussão de idéias e o trabalho em equipe (ROBBINS, 2002).

De acordo com a definição de conflito apresentada por Robbins (2002), o conflito é um processo que ocorre em cinco estágios ou fases: oposição potencial ou incompatibilidade, cognição e personalização, intenções, comportamento e conseqüências.

O Estágio de **Oposição potencial ou incompatibilidade** respeita a presença de condições, fontes ou causas, que propiciem o conflito. Elas podem estar presentes e não levar ao conflito mas uma delas precisa existir para que ele apareça.

As condições anteriores levam ao conflito se uma ou mais partes forem afetadas e estiverem conscientes disso, estamos perante o estágio de **Cognição e personalização**. Um conflito pode, contudo, ser percebido mas não personalizado. O conflito passa a ser sentido se houver envolvimento emocional gerando ansiedade, tensão, frustração ou hostilidade.

Entre a percepção e o comportamento visível pode-se localizar o estágio das **intenções** que são decisões de agir de determinada maneira. É nesta fase do processo de conflito que são adotadas estratégias para lidar com as divergências e oposições. De acordo com Bowditch e Buono (1997) e Robbins (2002), são cinco as intenções para lidar com o conflito:

1. **Evitar:** uma abordagem na qual ambas as partes negligenciam as preocupações envolvidas, desviando-se da questão ou adiando o conflito, evitando o contato com as pessoas com quem não concordam.
2. **Competir:** cada um tenta atingir suas próprias metas ou interesses às custas do outro, através da discussão, uso da autoridade, ameaças ou mesmo força física.
3. **Acomodar:** disposição de uma das partes em conflito em colocar os interesses do outro antes do seu próprio interesse, procura resolver os problemas do outro, negligenciando suas próprias preocupações ou metas.
4. **Comprometer-se/Conceder:** situação na qual cada uma das partes está disposta a abrir mão de alguma coisa. Cada um faz algumas concessões, mas também recebe algumas concessões do outro.
5. **Colaborar:** situação em que as partes conflitantes pretendem satisfazer os interesses de todos os envolvidos. Essa satisfação mútua envolve a concordância em se enfrentar o conflito, identificar as preocupações de cada um dos grupos e solucionar problemas para encontrar alternativas que satisfaçam a ambos.

Escolhidas as intenções e as estratégias surge o **Comportamento** como estágio do processo de conflito. É neste estágio que os conflitos se tornam visíveis e ocorre a declaração, as ações e reações das partes envolvidas no conflito. Habitualmente o comportamento resulta das intenções escolhidas, contudo, por vezes os indivíduos ou grupos não conseguem que esta correspondência seja eficaz.

Por fim, este processo termina no estágio das **conseqüências**. Estas podem ser funcionais, se levam a melhorias no desempenho da equipe ou disfuncionais, se são prejudiciais para o seu desempenho. Na maioria das ocasiões as pessoas não conseguem pensar no conflito como algo construtivo. Este pode considerar-se construtivo quando melhora a qualidade das decisões, estimula a criatividade e a inovação, encoraja o interesse e curiosidade dos membros da equipe, leva a liberação de tensões permitindo a auto-avaliação e a mudança. Pode ser nestes casos

considerado um antídoto para o pensamento grupal ou cooperativista, promovendo a reflexão e o questionamento das decisões que são tomadas.

Por outro lado, as consequências destrutivas dos conflitos, nas organizações, são mais do conhecimento geral. Entre estas consequências destaca-se o descontentamento e insatisfação, redução da eficácia das equipes, deficiências na comunicação, redução da coesão da equipe e primazia das lutas em relação aos objetivos da organização (ROBBINS, 2002).

Considerando que os conflitos ocorrem freqüentemente nas organizações a negociação apresenta-se como uma habilidade muito importante, pois a maioria do trabalho é efetuado em equipe, na qual os membros precisam trabalhar com os colegas sobre os quais não têm nenhuma autoridade (ROBBINS, 2002).

De acordo com Stoner e Freeman (apud Silva, 2000), a negociação consiste em usar habilidades de comunicação e de barganha para administrar conflitos e chegar a resultados mutuamente satisfatórios.

Existem duas abordagens gerais para a negociação: a barganha distributiva e a barganha integrativa. A barganha distributiva é uma negociação que busca a divisão de uma quantidade fixa de recursos. É uma situação de perda e ganho. Por outro lado a barganha integrativa é uma negociação que busca um ou mais acordos que possam gerar uma solução de ganho-ganho para as partes envolvidas.

O referencial teórico aqui apresentado engloba as contribuições das teorizações do processo de trabalho em saúde, da ergologia e dos conflitos nas organizações. A articulação destas três áreas do conhecimento permite compreender a complexidade do conflito no processo de trabalho dando sustentação a esta dissertação. Seguidamente é apresentada a metodologia que reflete a forma como a temática em estudo foi investigada.

4 METODOLOGIA

A metodologia pode ser conceituada como a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, através do estudo de métodos, técnicas e procedimentos que possibilitem o alcance dos objetivos traçados. Assim, o método é o caminho pelo qual se chega ao alcance dos objetivos, é a essência do fazer científico e respeita ao aspecto formal da pesquisa. É o plano através do qual se destacam as articulações entre meios e fins através de uma ordenação lógica de procedimentos (LEOPARDI et al., 2002).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que de acordo com Leopardi et al. (2002), procura compreender os fenômenos sensório-perceptivos de apreensão do real pelos sujeitos, constituindo-se numa ampla diversidade de abordagem. A pesquisa qualitativa permite retratar aspectos dos sujeitos pesquisados que não poderiam ser alcançados com outro método. Não conta com uma metodologia fixa estruturada a priori, contudo a rigidez do positivismo não pode ser substituída por uma ausência de método que derive de um relativismo sem responsabilidade.

Na pesquisa qualitativa o pesquisador reconhece que a sua relação com o objeto de estudo é marcada pela intersubjetividade e não se coloca como perito. O pesquisador reconhece que os sujeitos pesquisados possuem saber e experiência importante para a produção de conhecimentos. Esta intersubjetividade é uma característica importante e inovadora no que diz respeito à produção de conhecimentos (FORTIN, 1999).

A pesquisa qualitativa procura geralmente provocar o esclarecimento de uma determinada situação para que os próprios pesquisados possam tomar consciência dos

seus problemas e das condições que os geram (CHIZZOTTI, 2001). Requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos (MINAYO, 1993).

De acordo com Fortin (1999), Cervo e Bervian (1996), quando existem poucos conhecimentos sobre um fenômeno a ser estudado o tipo de estudo qualitativo a ser utilizado é o descritivo exploratório. Tendo em consideração os poucos estudos existentes com foco na temática em investigação será efetuada uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os estudos descritivos exploratórios visam classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação (FORTIN, 1999).

A pesquisa descritiva e exploratória procura conhecer as várias situações e relações que ocorrem na vida social, e demais aspetos do comportamento dos seres humanos, tanto individualmente como de grupos ou comunidades complexas. Permite a observação, o registro, a análise e a correlação de fatos ou fenômenos sem os manipular. Realiza descrições precisas da situação social e pretende descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma (CERVO, BERVIAN, 1996).

4.2 Contexto da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência Adulto de um Hospital de Ensino localizado na capital de um estado da região sul do Brasil. O Hospital de Ensino é um hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal, que presta assistência à saúde da população exclusivamente através do Sistema Único de Saúde.

O Hospital possui um corpo clínico que engloba professores do Centro de Ciências de Saúde, profissionais dos quadros do hospital e profissionais contratados para prestação de serviços de saúde e outros.

O Hospital desenvolve atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Possui cerca de 250 leitos distribuídos pelas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Neonatologia, Terapia Intensiva e

Tratamento Dialítico. Possui ainda um Centro Cirúrgico, um Centro Obstétrico, um Centro de Esterilização e um Serviço de Emergência Adulto e Infantil.

O serviço de Emergência funciona 24 horas por dia atendendo adultos e crianças em áreas separadas. De acordo com dados da Seção de Arquivo e Estatística do Serviço de Prontuário do Paciente, o número de atendimentos no serviço de emergência tem diminuído gradativamente nos últimos anos. Em 2000 ocorreram no serviço de emergência 119.127 atendimentos, uma média de 326 atendimentos por dia. Em 2002, o número de atendimentos diminuiu para 114.713, ou 314 atendimentos diários. Em 2004 a tendência de decréscimo no número de atendimentos manteve-se, sendo o total anual de 111.807, que corresponde a 306 atendimentos diários. Em 2006, o total de atendimentos na emergência foi de 94.713, ou seja, 259 atendimentos diários.

A diminuição do número de atendimentos no serviço de emergência pode estar relacionada com uma maior capacidade da rede de serviços de saúde do município e do estado para dar resposta às necessidades da população. Esta melhoria pode estar relacionada com a implementação e consolidação de políticas tais como a Estratégia de Saúde da Família. No entanto, o Hospital de Ensino atende cada vez mais casos de elevada complexidade e continua a ser muito procurado pela população que o vê como centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, resolutividade e atendimento humanizado.

A pesquisa foi desenvolvida na Emergência Adultos que, em nível funcional, se divide fundamentalmente em setores, a saber: Emergência Interna, Pronto Atendimento e “Repouso”. No Serviço de Emergência Interna são atendidos os casos considerados emergenciais, tais como, parada cardio-respiratória, politraumatismos, dor torácica entre outros. No Pronto Atendimento é atendida a demanda de casos ambulatoriais. Os usuários podem obter alta clínica após tratamento, serem encaminhados para as diferentes especialidades ou para instituições de saúde de referência. No “Repouso” permanecem usuários aguardando vagas em outras unidades de internação do hospital ou doentes cuja situação clínica não permite a transferência.

O Serviço de Emergência Adulto conta um corpo profissional constituído por médicos das áreas clínica e cirúrgica, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares

de enfermagem, assistentes sociais, escriturários e bolsistas que trabalham por turnos, mediante uma distribuição previamente efetuada. Por ser um hospital de ensino, conta também com a presença constante de residentes, acadêmicos de enfermagem, medicina, entre outros.

No período em que a pesquisa foi efetuada o serviço de emergência não possuía triagem ou classificação de risco sendo os usuários atendidos por ordem de chegada. No momento da coleta dos dados o acesso dos usuários ao serviço de emergência era organizado burocraticamente através do atendimento por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Eram apenas atendidos prioritariamente usuários muito queixosos ou cuja gravidade da situação clínica fosse visível, até para a avaliação de leigos.

Tendo em consideração estas dificuldades, e de acordo com as metas traçadas pelo Ministério da Saúde (2005) no pacto pela saúde, a emergência encontrava-se, no período em que a pesquisa foi desenvolvida, em reforma e reestruturação. A reforma tem por objetivo ampliar o espaço físico e implementar o acolhimento e a classificação de risco o que, em tese, permitirá melhorar a assistência à população e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Assim, a pesquisa ocorreu numa época de mudança e reestruturação e acaba por documentar o final de um ciclo. Este fato aparece como positivo uma vez que partindo desta pesquisa poderá ser possível avaliar o impacto da reforma e reestruturação da emergência no processo de trabalho e nas situações de conflito vivenciadas por profissionais e usuários.

4.3 População de estudo

A equipe de saúde da Unidade de Urgência/Emergência constituiu-se na população deste estudo. No momento da pesquisa a equipe era constituída por cerca de 35 médicos, 10 enfermeiros, 30 técnicos de enfermagem, 12 auxiliares de enfermagem e duas assistentes sociais. Participavam ainda do processo de trabalho um número variável de acadêmicos de medicina, enfermagem e de outras profissões de saúde. Por

uma questão de recorte de investigação optei por excluir do estudo os trabalhadores escriturários e os trabalhadores de limpeza por não estarem diretamente relacionados a ações de cuidado profissional em saúde.

Participaram deste estudo 5 médicos, 5 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem e uma assistente social, representando cerca de 20% do total de trabalhadores da equipe. Estes profissionais foram selecionados por aceitarem participar na pesquisa, por trabalharem no serviço de emergência há mais de três meses e por estarem diretamente relacionados com a assistência aos sujeitos portadores de carência de saúde.

A amostra incluiu elementos de todas as profissões de saúde que atuam no serviço de emergência nos diversos turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno.

A coleta de dados foi considerada finalizada quando as informações obtidas começaram a repetir-se, ou seja, quando foi obtida a saturação dos dados.

É de referir que para o âmbito da investigação desta temática, seria também importante conhecer a opinião dos usuários do serviço emergência, no entanto isso não foi efetuado devido aos limites impostos pelo tempo disponível para a realização da pesquisa.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de observação sistemática e entrevista semi-estruturada que de acordo com Minayo (1994), são dois importantes componentes da realização de pesquisa qualitativa. A observação foi efetuada nos meses de Novembro e Dezembro de 2006. A realização das entrevistas teve início em Novembro de 2006 e terminou em Maio de 2007.

Num primeiro momento efetuei cerca de cento e vinte horas de observação sistemática do local, do trabalho da equipe de saúde e das situações de conflito. Esta observação decorreu nos horários de trabalho matutino, vespertino e noturno, em períodos que variaram entre duas e cinco horas. A carga horária de observação foi menor no período noturno por ser um período de menor fluxo de usuários e de maior

tranqüilidade no serviço de emergência. A dinâmica dos turnos matutino e vespertino foi considerada de maior interesse para o âmbito desta pesquisa. Na observação o pesquisador procurou estar atento aos aspectos/ questões que constam no roteiro de entrevista estando, no entanto, desperto para outras situações de interesse para a temática pesquisada.

Segundo Chizzotti (2001), a observação é efetuada através de contato direto com o fenômeno observado, permitindo recolher as ações dos sujeitos no seu contexto natural. A observação permite ainda uma descrição fina dos vários componentes de uma situação: o local e as circunstâncias, os sujeitos em seus aspectos particulares, as ações e suas significações, os conflitos e sintonias de relações interpessoais e sociais, as atitudes e comportamentos.

Assim, através da observação adquiri um conhecimento geral acerca do ambiente, das relações interpessoais, das situações de conflito e do processo de trabalho no serviço de emergência.

Num segundo momento foram efetuadas entrevistas semi-estruturadas a 17 elementos da equipe de saúde, escolhidos de forma intencional. Os sujeitos entrevistados foram selecionados com base na observação efetuada no serviço de emergência. A observação efetuada revelou quais os profissionais que, na opinião do pesquisador, seriam melhores informantes. Foram considerados bons informantes os profissionais que durante o período de observação efetuada revelaram abertura para o diálogo e comprometimento com o trabalho desenvolvido no serviço de emergência. Estas entrevistas possibilitaram que os próprios atores sociais proporcionassem dados relativos às suas opiniões, condutas, desejos e expectativas (LEOPARDI et al, 2002).

As entrevistas começaram por uma apresentação do pesquisador aos entrevistados, seguindo-se de esclarecimento acerca do interesse da pesquisa, seus motivos e suas possíveis contribuições. Foi garantido o anonimato da entrevista e foi efetuada uma conversa inicial com o intuito de introduzir o tema e colocar o entrevistado numa posição de maior descontração e à-vontade. Foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE 1) com algumas questões, com o intuito de orientar as conversas com os atores sociais e transformá-las em conversas com finalidade. Este roteiro funcionou como facilitador da abertura, de ampliação e de aprofundamento da

comunicação (MINAYO, 1993). As entrevistas foram gravadas no formato Som Wave e depois transcritas. Posteriormente foram entregues aos sujeitos da pesquisa para obter a sua anuência tendo sido devolvidas ao pesquisador cerca de 70% das entrevistas.

Os dados provenientes da observação e da entrevista semi-estruturada foram comparados e confrontados para garantir uma maior confiabilidade na própria coleta e também na análise dos resultados.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos com as entrevistas semi-estruturadas foram transcritos e a observação sistemática foi sintetizada num diário de campo. Todos os dados foram armazenados no formato Word e posteriormente convertidos no formato RTF.

Para analisar os dados obtidos com as entrevistas e com a observação foi utilizado o software de análise qualitativa ATLAS.ti. O ATLAS.ti é uma ferramenta informática cujo objetivo é facilitar a análise de dados textuais. Este software não pretende automatizar a análise dos dados, mas sim agilizar as atividades envolvidas na análise qualitativa, tais como a segmentação do texto, a codificação e a escrita de comentários e anotações (JUSTICIA, 2005).

Numa primeira etapa da análise dos dados foi efetuada uma leitura de todas as transcrições das entrevistas e do diário de campo, o que só terminou quando permitiu um bom conhecimento do conteúdo dos mesmos.

Obtida uma maior familiarização com os dados coletados, estes foram introduzidos no programa ATLAS.ti, no formato RTF. Depois de introduzidos os dados, estes foram segmentados e codificados utilizando para tal as funcionalidades do software. A utilização do software não dispensou a análise do pesquisador, que leu várias vezes as entrevistas e atribuiu a cada segmento de texto significativo um determinado código. O software auxiliou na codificação dos momentos significativos evidenciados nos dados e na “descoberta do que está por trás dos conteúdos

manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 1994, p. 74).

A codificação baseou-se no referencial teórico adotado e nos dados coletados. Os códigos acabaram por formar as subcategorias de análise e foram posteriormente agrupados em famílias de códigos que correspondem às categorias. Este agrupamento foi facilitado pelas funcionalidades do software que permite fazer várias associações entre códigos, inclusivamente criando famílias de códigos. A segmentação e a codificação dos dados com a conseqüente formação de categorias de análise se constituíram na segunda etapa de análise.

Depois de codificados todos os dados e efetuadas as associações entre os códigos, o ATLAS.ti permitiu gerar listagens com todos os segmentos de texto significativos, agrupados por código ou família de códigos, conforme a vontade do pesquisador. Os arquivos gerados pelo ATLAS.ti formaram e documentaram cada categoria de análise. Desses arquivos foram retiradas as falas consideradas mais representativas de cada categoria que são apresentadas neste trabalho.

Formadas as categorias de análise e escolhidas as falas mais representativas foi efetuada uma interpretação inferencial que se baseou na experiência do pesquisador, no referencial teórico e na literatura acerca da temática em análise. A terceira etapa da análise dos dados foi, portanto, a interpretação dos dados obtidos e categorizados à luz do referencial teórico adotado.

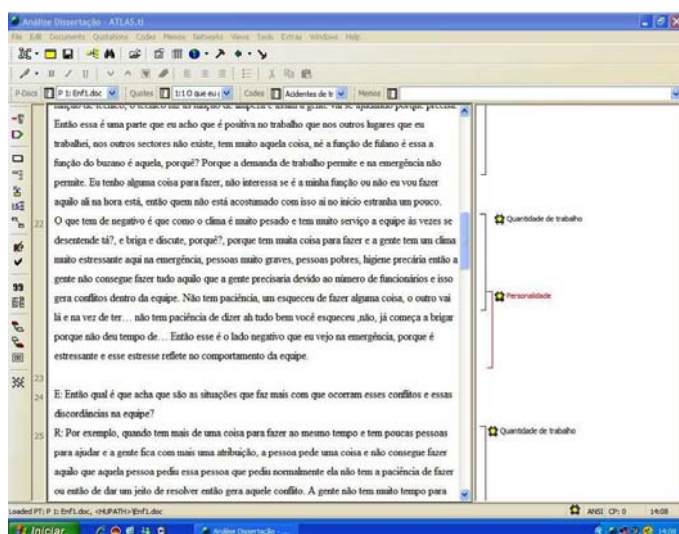


Figura 1 – Exemplo de tela de trabalho com o ATLAS.ti.

4.6 Aspectos éticos

A ética, de uma forma geral, pode ser conceituada como a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de permissões e de interdições que são de grande importância na vida dos seres humanos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (FORTIN, 1999).

Nos dias de hoje a ética está presente nas diversas áreas das relações sociais. Associa-se o termo ética a chavões públicos no exercício profissional, nas relações interpessoais e nos inúmeros setores da intervenção humana. Em todos estes setores as pessoas posicionam-se sobre o mundo e sobre as coisas. É partindo da noção que a atividade humana não é neutra que apresento os cuidados ético-legais que tive no decorrer desta pesquisa.

Neste sentido esta pesquisa foi apresentada à direção do Hospital de Ensino tendo sido autorizada. Posteriormente foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina tendo recebido parecer favorável (Protocolo nº. 265/06 – CEP).

A todos os participantes no estudo foi garantida a preservação da privacidade e o anonimato. Junto a todos os sujeitos submetidos à entrevista foi obtido individualmente consentimento livre e informado (APÊNDICE 2), esclarecendo todos os direitos e detalhes da pesquisa aos entrevistados. Foi garantida a possibilidade de desistir da participação do estudo em qualquer etapa da pesquisa.

Foram respeitadas as resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. Estas resoluções fundamentam-se ética e juridicamente em documentos nacionais e internacionais que lhes dão consistência legal e dispõe sobre princípios de conduta moral necessários quando se pesquisa ou interage com seres humanos (MELO, 2002). Reconheço, contudo, que o fato de existir esta resolução por si só não garante o respeito dos princípios éticos. Neste sentido, afirmo que procurei manter uma consciência crítica voltada para o respeito da dignidade e integralidade das pessoas com quem interagi.

Em possíveis publicações resultantes da pesquisa não será revelado o nome da instituição onde esta foi desenvolvida nem o nome de nenhum dos participantes.

5 O CONFLITO NO PROCESSO DE TRABALHO EM EMERGÊNCIA

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados e discutidos neste capítulo e estão organizados em três grandes categorias. A primeira categoria discute o trabalho no serviço de emergência estudado, destacando a organização e divisão do mesmo e a necessidade e importância de trabalhar em equipe multidisciplinar.

A segunda categoria debate a presença freqüente do conflito no trabalho em emergência, as situações e os fatores de conflito e a influência negativa que as tensões e divergências podem ter para os trabalhadores e para a assistência prestada aos usuários.

A terceira categoria enfatiza os aspectos positivos associados ao conflito e ao processo de trabalho em emergência. Discute, também, a possibilidade e capacidade dos trabalhadores administrarem o conflito.

Toda a discussão efetuada é permeada pela expressão da subjetividade dos trabalhadores destacando-se o que estes consideram ser positivo e negativo, causador de prazer ou de sofrimento no trabalho.

5.1 O trabalho no serviço de emergência

Esta categoria encontra-se dividida em duas subcategorias. Na primeira subcategoria é discutida a organização e divisão do trabalho no serviço de emergência, sob o ponto de vista do seu impacto para os trabalhadores e para a assistência. Na segunda subcategoria é abordado o trabalho em equipe multidisciplinar, na ótica da sua necessidade e importância no contexto hospitalar, mais concretamente no serviço de emergência.

5.1.1 A organização e divisão do trabalho

O serviço de emergência estudado encontra-se inserido num hospital de ensino, público, que presta assistência à população exclusivamente através do Sistema Único de Saúde. Como já referido na metodologia, a pesquisa decorreu numa época em que o serviço se encontrava em reforma e reestruturação. Contudo, no momento da pesquisa a estrutura física da emergência mantinha-se inalterada, acontecendo obras de ampliação fora da estrutura original. Para uma melhor compreensão do trabalho na emergência estudada é a seguir efetuada uma descrição resumida da organização do espaço físico.

A entrada dos usuários na emergência possui no exterior uma sala de espera e dá acesso a um guichê de atendimento onde são efetuadas as fichas de acesso à emergência. Logo depois da entrada localiza-se o corredor principal que divide a emergência ao meio e dá acesso a todo o espaço físico. No início desse corredor existe um posto de trabalho de enfermagem para preparação de medicamentos, registros e outros. De frente para a entrada da emergência está localizada a sala de emergência, para onde entram diretamente os usuários com situações clínicas de maior gravidade.

A seguir à sala de emergência existe uma sala onde os usuários recebem medicação, seguida de um consultório médico, uma sala de procedimentos, a sala cirúrgica B (muitas vezes utilizada para internação de usuários), um quarto para isolamento, e a sala cirúrgica A, onde são efetuados os atendimentos da clínica cirúrgica.

Do lado oposto do corredor localiza-se uma sala de estoque de materiais, os guichês de trabalho do pessoal administrativo, três consultórios médicos, e a rouparia.

A última porta do corredor principal dá acesso ao Pronto Atendimento, que inclui três consultórios médicos, uma sala de medicação de enfermagem e um expurgo.

No final deste corredor localiza-se uma zona mais ampla que inclui uma copa, “um posto de trabalho administrativo” com o quadro de usuários internados no repouso, um posto de trabalho com computador, um posto de trabalho de enfermagem para preparação de medicação e de procedimentos de enfermagem.

Próximo ao balcão (“posto de trabalho administrativo”) localiza-se o “Repouso”, que possui sete leitos, onde deveriam estar usuários em observação por curtos períodos de tempo, mas onde acabam por ficar durante dias por não existirem vagas nos serviços de internação. Na continuidade, localiza-se um corredor que dá acesso ao interior do hospital e onde se localizam a sala da chefia de enfermagem, uma sala de estar para os profissionais, dois quartos de descanso para os plantões médicos, o armário de estoques de soros, e a sala de estar e passagem de plantão de enfermagem.

O corredor interno dá acesso aos serviços de radiologia, ao laboratório de análises clínicas, aos serviços de internação, entre outros. Este acesso é de grande importância pois o funcionamento da emergência depende de todos estes serviços e de outras áreas de apoio, entre as quais o serviço de limpeza e de nutrição.

O serviço de emergência destaca-se na instituição de saúde estudada, sendo uma das principais portas de entrada para os usuários. Nele são atendidas emergências, urgências e situações não emergenciais que poderiam ser resolvidas na rede de atenção básica. Estas situações não emergenciais acabam por sobrelotar a emergência dificultando o trabalho da equipe de saúde e a qualidade da assistência prestada aos usuários.

O trabalho no serviço de emergência estudado é coletivo e envolve contribuições de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e de trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio à prestação de cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde que atuam no serviço têm funções específicas e diferenciadas em decorrência da divisão social e técnica do trabalho na área da saúde (CAPELLA, 1996).

No serviço estudado o médico assume um papel central, como acontece na generalidade dos contextos de prestação de cuidados de saúde. Controla o processo de trabalho, define quem permanece em observação, quem é internado e quem pode ter alta hospitalar, elabora diagnóstico e decide medidas terapêuticas, muitas das vezes efetuadas pela equipe de enfermagem. A permanência, mais ou menos prolongada, dos

usuários no serviço de emergência e a transferência para os serviços de internação ou para outros hospitais são definidas pela equipe médica.

Atuam no serviço de emergência, médicos da clínica médica e cirúrgica que dividem o atendimento dos usuários de acordo com uma classificação efetuada pelos escriturários que trabalham na recepção. Estes separam as fichas para atendimento médico ou cirúrgico pela ordem de chegada. Em cada plantão de trabalho atuam no serviço dois médicos da clínica médica e um a dois médicos da especialidade de cirurgia. Os médicos da clínica médica dividem o atendimento, sendo que um atende os usuários que se encontram internados ou em observação, enquanto o outro atende os usuários que procuram atendimento na emergência. Quando necessário, a equipe médica da emergência pede a colaboração de médicos de outras especialidades que atuam no hospital. É de destacar também a presença contínua de residentes e doutorandos, da clínica médica e da clínica cirúrgica, que atuam sob supervisão dos médicos do staff hospitalar, que atendem grande parte dos usuários da emergência.

A equipe de enfermagem trabalha por turnos e é composta, em todos os plantões de trabalho, por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e por pelo menos um enfermeiro. Nos plantões diurnos, durante a semana, a equipe é composta por dois enfermeiros, sete técnicos e auxiliares de enfermagem e, no plantão da manhã, uma enfermeira com funções de chefia. Nos três plantões noturnos e no final de semana a equipe encontra-se mais reduzida, sendo habitualmente constituída por um enfermeiro e seis técnicos e auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro, de acordo com Pires (1998), é responsável por dois campos de atuação: pelos cuidados e procedimentos assistenciais e pela administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial.

A observação efetuada permite afirmar que na realidade estudada o enfermeiro se encontra muito envolvido na administração da assistência e do espaço assistencial, dedicando menor tempo à prestação de cuidados. Durante o plantão passa grande parte do tempo atendendo telefones, preenchendo requisições e impressos, efetuando escalas, dentre outras atividades gerenciais. Desempenha um papel de gerente e administrador do local de trabalho sendo questionado pela equipe médica e de enfermagem sobre a localização de equipamentos, de impressos e sobre as rotinas a

seguir perante determinada situação. Acaba por trabalhar muito preso à gerência e efetua um trabalho muito ligado a questões administrativas.

Em decorrência da grande demanda de tempo necessária para a gerência dos cuidados e do local de trabalho, o enfermeiro dedica menor tempo à assistência. Como trabalho assistencial efetua apenas atividades privativas do enfermeiro, tais como entubação nasoenteral, sondagem nasogástrica e vesical e coletas de sangue para gasometrias.

O enfermeiro ao dedicar-se ao gerenciamento do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem obtém algum controle global sobre o processo de trabalho mas o seu raio de ação restringe-se fundamentalmente aos aspectos inerentes à concepção do funcionamento assistencial global da unidade de trabalho. Muitas das vezes aspectos pertinentes, inerentes ao cuidado individual, fogem do seu raio de ação, sendo controlados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (LUNARDI-FILHO, LUNARDI, SPRICIGO, 2001).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham sob a supervisão dos enfermeiros que gerenciam o trabalho e efetuam as prescrições de enfermagem. A eles são distribuídas tarefas, que variam de acordo com o plantão de trabalho, trabalhando na modalidade de “cuidados funcionais”, isto é, por tarefas. São os trabalhadores em maior número na equipe e efetuam grande parte da prestação dos cuidados de enfermagem. No entanto, participam muito pouco do planejamento da assistência. Participam das passagens de plantão apenas na qualidade de ouvintes e, apesar de terem prestado os cuidados a informação é transmitida pelo enfermeiro.

As assistentes sociais que atuam na emergência ocupam-se de problemas socioeconômicos dos usuários. O seu trabalho mais visível está relacionado com o encaminhamento dos usuários pós-alta, com o contato de familiares, com a procura de apoio para os usuários na comunidade, entre outras.

No global, e apesar da vontade de colaborar, visível na maioria dos profissionais, não é observável uma ação coordenada entre os diversos trabalhadores, cada um preocupa-se, quase que exclusivamente com a sua parte da assistência deixando para segundo plano o trabalho em equipe.

De acordo com Campos (1997), Pires (1998, 1999) e Matos (2002), o processo de trabalho em saúde no Brasil é fortemente influenciado pelo modelo taylorista/fordista de divisão e gestão do trabalho. Campos (1997) acrescenta que há uma tradição brasileira de gerenciar o trabalho em saúde de acordo com os princípios tayloristas, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário e de produtividade.

A assistência de saúde é fragmentada e compartimentalizada não existindo coordenação do trabalho realizado pelos diversos grupos profissionais. A organização dos serviços segue a lógica da fragmentação e do parcelamento que pode ser relacionada com o modelo positivista de ciência aplicado ao entendimento do processo de saúde-doença e à organização das instituições assistenciais em saúde (PIRES, 1999).

Carapinheiro (1998) acrescenta ainda que o princípio dominante na divisão do trabalho em saúde é o da oposição entre o trabalho intelectual, de diagnóstico e terapêutica, e o trabalho de execução das prescrições, levando à existência de hierarquias funcionais, pela atribuição de critérios de qualificação técnica.

De acordo com Matos (2002), na enfermagem em particular, é dada muita ênfase ao cumprimento de normas e rotinas e a divisão do trabalho é predominantemente por tarefas, fragmentando a assistência em atividades. Estas características demonstram a correspondência ao modelo taylorista/ fordista.

A organização do trabalho no serviço de emergência estudado é claramente permeada por esta fragmentação. Na observação efetuada no referido serviço denota-se uma acentuada divisão do trabalho entre as diferentes categorias profissionais e mesmo dentro das próprias categorias, com particular destaque na enfermagem. Na equipe de enfermagem a fragmentação e divisão é mais visível pois os trabalhadores de nível médio dividem entre si os cuidados a serem prestados aos usuários ficando a gerência a cargo do enfermeiro(a). Esta divisão leva a uma organização do trabalho baseada nas tarefas. Cada profissional executa uma determinada tarefa a todos os usuários em detrimento da prestação de cuidados integrais a cada pessoa. A dinâmica da organização do trabalho exige, dos trabalhadores de nível médio, um bom

cumprimento das tarefas que lhe foram designadas. Esta modalidade de trabalho rotineiro é designada por “cuidados funcionais” (PIRES, 1999).

Pelo número de pacientes que a gente tem aqui, se fosse fazer assistência integral a gente não tem funcionários suficientes. Então por tarefa fica uma coisa mais prática, mais rápida. Um ou dois verificam os sinais vitais, o outro faz medicação e assim vai né, porque se fosse dividir, não é, quatro pacientes tu fica com integral, não teria condições, não. (Enfermeiro 3)³

(...) eu gosto assim porque fica dividido, a gente sabe cada um a sua função e eu acho que pela quantidade de pessoas que tem na equipe está adequado para o que a gente tem. A divisão acaba dando certo. (Auxiliar 1)

A equipe de enfermagem parece aceitar bem a divisão da prestação de cuidados em tarefas considerando essa forma de organizar o trabalho mais prática e rápida e, portanto, mais adequada às necessidades do serviço de emergência.

A aceitação da divisão da prestação de cuidados em tarefas pode ser um mecanismo de defesa utilizado pelos trabalhadores para lidar com a dor e o sofrimento presentes no trabalho hospitalar. O parcelamento das tarefas reduz o contato do profissional de saúde com o usuário diminuindo a possibilidade de que o profissional experimente o sentimento de angústia (PITTA, 1994).

Os profissionais de nível médio apontam como fator positivo, resultante da divisão por tarefas, o fato de não ficarem todos os dias distribuídos pelo mesmo local de trabalho e poderem passar por todos os locais de prestação de cuidados existentes no serviço. Valorizam o fato de lhe serem atribuídas tarefas diferentes em cada dia de trabalho, ou seja, valorizam a presença do novo e do diferente que torna o trabalho menos monótono e rotinizado. Contudo, parecem aceitar bem a expropriação do controle global do processo de trabalho e a gerência efetuada pelos enfermeiros e sentem-se confortáveis com o fato de terem um papel bem definido no plantão de trabalho.

³ Na apresentação e discussão dos resultados os profissionais de saúde são identificados pela categoria profissional a que pertencem acrescida de um número correspondente à ordem cronológica em que a entrevista foi efetuada. Na apresentação das falas dos sujeitos da pesquisa as exclusões de texto são assinaladas com reticências entre parênteses (...). As inclusões de texto inseridas pelo autor, para melhorar o entendimento do texto, são colocadas dentro de parênteses retos [].

Eu acho que como é feito a gente acaba aceitando legal porque a gente não fica todo o dia no mesmo lado, um dia com os externos, outro com os internados, um dia na sala cirúrgica (...) acho que essa forma é boa. (Técnico 2)

A gente não fica num lugar só, é feito sempre um rodízio então não tem aquele que só faz isso e não vai fazer outra coisa, então não tem essa. (Técnico 3)

(...) eu acredito que dessa forma está muito bem distribuído porque todos passam por todos os lugares e então não tem assim preferência para ninguém, todos sabem fazer tudo em todos os setores da emergência. (Auxiliar 2)

Os profissionais da equipe de enfermagem acreditam que a forma de organizar o trabalho existente acaba por dar conta das necessidades do serviço, mas não deixam de reconhecer a importância da prestação de cuidados integrais.

A prestação de cuidados integrais é apontada como uma possibilidade para romper, em parte, com a divisão por tarefas. Nesta modalidade de organização da assistência os trabalhadores de enfermagem, ao ficarem responsáveis pelo atendimento integral do usuário, têm a possibilidade de ter uma visão mais global de todo o processo de trabalho tornando-o potencialmente mais criativo (PIRES, 1998, 1999).

Como principais obstáculos à implementação da prestação integral de cuidados apontam o número insuficiente de funcionários, o grande fluxo de usuários e a intensa dinâmica do serviço.

Eu entendo que o serviço dá conta, então a forma como ele está organizado o serviço na emergência adulto eu entendo que ele dá conta da necessidade, porém, o que a gente percebe assim, que poderia ter um pouco mais de funcionários para o atendimento lá na frente, só que isso não é uma questão só de organização do serviço enquanto unidade, é uma questão de recursos humanos e que a gente sendo funcionários de uma instituição federal (...) nesse momento eu não consigo visualizar de uma outra forma. (Enfermeiro 4)

É complicado tu separares os pacientes porque a demanda vai aumentando no decorrer do plantão ou vai diminuindo, então separar o número de pacientes é complicado, então não tem como, não sei uma outra forma. O certo é cuidado integral mas é bem complicado, não achamos uma forma ainda para separar o número de pacientes por profissional, não tem como. (Enfermeiro 5)

Eu já trabalhei em duas formas de trabalho aqui no hospital, uma na unidade de clínica médica, que é uma outra forma de trabalho, a gente atende o paciente por inteiro, e eu vejo lá muitas dificuldades pela quantidade de pessoal no trabalho, não pode assumir tantos pacientes como está assumindo, sete oito pacientes para cuidado integral é complicado. Eu acho que para a dinâmica da emergência tem que ser dessa forma que é a mais adequada (...). (Técnico 4)

Alguns dos profissionais reconhecem que não refletem acerca da forma como o trabalho é organizado mostrando-se distantes do pensar sobre processo de trabalho em saúde e o papel da enfermagem no mesmo.

Eu não sei se poderia ser melhor, porque assim, eu não teria uma opinião para te dizer agora dessa forma seria melhor, eu nunca parei para pensar se dessa forma seria melhor. (Técnico 2)

No que diz respeito a esta aparente alienação Lunardi-Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p. 96) questionam se “estarão esses profissionais reconhecendo as possibilidades de criação, liberdade e responsabilidade presentes no seu cotidiano profissional?”. De acordo com os autores, no trabalho dos enfermeiros e dos demais trabalhadores de enfermagem, há inúmeras formas de organizar esse fazer. O trabalho destes profissionais, apesar de ser determinado por prescrições médicas e de enfermagem, permite vários espaços de criação, seja na seqüência das tarefas a serem executadas, seja no processo da realização ou na iniciativa de realizar ou não as atividades.

Existe um confronto contínuo e permanente entre as determinações externas aos fazeres dos trabalhadores e as possibilidades de criação e liberdade no trabalho. O importante é que os profissionais se assumam como sujeitos do seu trabalho deixando de permanecer objetivados na sua ação (LUNARDI-FILHO, LUNARDI, SPRICIGO, 2001).

Os médicos entrevistados, menos ligados à organização e gerência dos cuidados, acabam por destacar outros aspetos relativos ao processo de trabalho. Dentre

estes aspectos levantados salienta-se a influência negativa que a inexistência de uma triagem ou classificação de risco, efetuada por profissionais de saúde, causa no processo de trabalho e na assistência aos usuários.

(...) a tendência [com a reforma da emergência] é para ter uma facilitação, ter uma triagem médica ou de enfermagem que direciona melhor os pacientes. Então a gente acaba atendendo muito geral e assim, a pessoa não tem nem previsão de quanto vai esperar. (Médico 2)

(...) a triagem é feita por pessoas que não são adequadas, que não são profissionais que têm capacidade de fazer uma triagem. A triagem é feita para quem berra mais, quem agita mais, quem faz cara feia passa na frente enquanto que aquele senhorzinho que vem sofrendo mas vem sofrendo quietinho, isso já é normal, então a triagem falha e com certeza que se houvesse uma triagem, eu trabalhei em emergência que tinha triagem, em que os pacientes que não eram emergências eram encaminhados a postos de saúde vinte e quatro horas, funcionava bem melhor porque você tem mais tempo a dedicar ao paciente grave que é o que realmente precisa de um atendimento hospitalar. (Médico 4)

Denota-se que os profissionais se encontram esperançados que a reforma da emergência venha resolver o problema da triagem através da implementação da classificação de risco efetuada por profissionais de saúde. A classificação de risco permitiria uma maior agilidade no atendimento, uma resposta mais adequada às necessidades da situação de cada indivíduo, em detrimento de um atendimento burocratizado, organizado por ordem de chegada, e que causa sofrimento no cotidiano dos profissionais de saúde e principalmente dos usuários (BRASIL, 2004).

Apesar de reconhecerem a dificuldade causada pela inexistência de triagem, acreditam que essa dificuldade é minimizada pelo fato do serviço de emergência ser parte integrante de um hospital de ensino e, portanto, ser um meio acadêmico em que grande parte dos profissionais se encontra num processo de ensino-aprendizagem e comprometidos com a assistência aos usuários.

Aqui a gente costuma [fazer do seguinte modo]: se o que atendeu acha que [o caso] é clínico o clínico, atende sem problema nenhum. Tenho colegas que trabalham em outros hospitais e eles reclamam bastante disso [indefinição entre atendimento médico ou cirúrgico], fica aquele jogando pacientes de um lado para o outro. Mas aqui talvez por ser um ambiente acadêmico, todo o mundo tem interesse mais de aprender então acaba não tendo isso. (Médico 3)

Sempre por ser um hospital escola é uma faca de dois gumes, por um lado você tem que em todos os procedimentos são sempre presentes um professor, um staff. O atendimento é mais lentificado porque o acadêmico tem que aprender, tem que examinar, passar a história para o staff, o staff vai lá e reexamina todo o paciente para confirmar o exame do acadêmico, então realmente retarda, o atendimento é lentificado, (...) mas é porque é escola, não tem como. (Médico 4)

[Por ser um hospital de ensino] sempre aprendemos e sempre estão perguntando coisas para a gente, não pode bobear. (Médico 5)

A presença constante de alunos com vontade de aprender parece ter um impacto positivo na organização do trabalho. Embora possa prejudicar um pouco a dinâmica do serviço por tornar mais lento o atendimento aos usuários, acaba por incutir no trabalho um espírito acadêmico de colaboração e entreaajuda que, na perspectiva dos participantes, vem minimizar alguns dos problemas decorrentes da inexistência de triagem ou classificação de risco.

5.1.2 A necessidade e a importância de trabalhar em equipe

Uma equipe é um grupo que compreende seus objetivos e que os tenta alcançar de forma compartilhada. A comunicação necessita ser verdadeira e as opiniões contrárias devem ser encorajadas. Existe uma confiança grande, pelo que não há problemas em assumir riscos. As capacidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados. O respeito, a mente aberta e a cooperação são constantes e o grupo investe no seu crescimento (MOSCOVICI, 2003).

Com base no conceito de equipe de Moscovici facilmente se percebe que nem todos os grupos que trabalham em organizações, particularmente nas de saúde, são verdadeiras equipes.

Perante as várias possibilidades de performance do grupo de trabalho, Katzenbach e Smith (apud Moscovici, 2003), propõem classificar os grupos, de acordo com o seu desempenho, em cinco estágios. No primeiro estágio, denominado de

pseudo-equipe, existe a definição de um trabalho a fazer, mas não existe a preocupação com o desempenho coletivo. As interações dos membros acabam por inibir o desempenho individual sem produzir ganhos coletivos apreciáveis. Os estágios seguintes, de acordo com a classificação apresentada, seriam os grupos de trabalho, a equipe potencial, a equipe real e a equipe de elevado desempenho. A equipe de elevado desempenho, no extremo oposto à pseudo-equipe, corresponderia ao grupo que atende a todos os requisitos de uma equipe real e que, para além disso, tem um profundo comprometimento dos membros com o seu crescimento pessoal e com o crescimento de cada um.

No trabalho em saúde existem múltiplas formas de trabalho em grupo, coletivo, que englobam uma ou várias categorias profissionais. Para além do trabalho coletivo, o trabalho em saúde pode também ser efetuado de forma independente, o que acontece, por exemplo, com algumas consultas médicas efetuadas em consultórios particulares. No entanto, de acordo com Pires (1999), o trabalho em saúde decorre majoritariamente em instituições de complexidade variável e é fundamentalmente um trabalho coletivo.

Apesar do ato assistencial em saúde ser fundamentalmente coletivo, o processo de especialização e fragmentação é cada vez mais intenso, tendendo a aprofundar verticalmente o conhecimento sem contemplar a articulação das ações e dos saberes. A proposta de trabalho em equipe acaba por ser veiculada como estratégia para enfrentar as conseqüências negativas da intensa especialização e fragmentação de saberes (PEDUZZI, 2001).

A especificidade e a complexidade dos serviços de emergência levam os participantes do estudo a reconhecer a grande importância do trabalho em equipe. A complexidade das atividades que desenvolvem sinaliza para a importância de partilhar objetivos e de tentar alcançá-los de uma forma compartilhada.

(...) eu acho que se é uma emergência tem que trabalhar em equipe, quando não tem colaboração daí é complicado. (Técnico 3)

É um ambiente onde o trabalho em equipe é importante, muito mais do que em outros lugares. O trabalho, uma equipe bem preparada, uma equipe bem treinada, bem centrada. (Médico 3)

Alguns dos participantes reconhecem assim a necessidade de trabalhar em equipe para poder dar resposta adequada às necessidades dos usuários. Consideram que a equipe é colaborativa e que existe comunicação entre os diversos profissionais.

Eu acho que a equipe é bem integrada, bem colaborativa. A gente tem não só um padrão de profissionalismo bom como também de amizade. A gente tem uma integração bem boa, pelo menos no turno que eu trabalho, mas eu me adapto a qualquer turno que eu tiver que trabalhar. (Auxiliar 1)

Em determinadas situações com os doutorandos, os residentes, o cirurgião chefe e da parte da enfermagem eu acho que funciona bem. Há algumas falhas, mas acho que há uma boa colaboração entre as pessoas. (Médico 5)

O que é melhor são as pessoas que trabalham aqui, todas se ajudam, a chefia é muito boa, as enfermeiras ajudam muito a gente, todo o mundo trabalha em conjunto, é uma equipe. (Auxiliar 2)

Os técnicos e auxiliares de enfermagem valorizam também a preparação da equipe para atuar em situações de urgência e emergência. O entrosamento para atuar nessas situações é colocado como uma das características importantes da equipe estudada. Perante situações de risco de vida a atuação coordenada dos diversos profissionais é muito valorizada e considerada fundamental, podendo fazer a diferença entre a vida ou a morte dos usuários que são assistidos.

Na observação efetuada, quando ocorreram situações de emergência, a equipe conseguiu dar uma resposta pronta, o que vai ao encontro da visão da maioria dos profissionais entrevistados. Contudo, a coordenação da equipe nem sempre foi a melhor, envolvendo, por vezes, profissionais em demasia, prejudicando a prestação de cuidados aos outros usuários da emergência.

Eu acho assim bem importante falar é que, em minha opinião, a equipe é muito bem preparada assim quando vem uma parada (...) não precisa ninguém falar faz isso, faz aquilo, cada um já sabe o que fazer então a gente consegue agir bem rápido. Um está pegando a medicação, o outro já está puncionando veia, o outro já está fazendo outra coisa. Eu acho que é bem eficaz a equipe. (Auxiliar 2)

Os médicos entrevistados também consideram a equipe integrada e colaborativa e apontam como principal problema a falta de médicos de algumas especialidades. Consideram assim a equipe incompleta e acreditam que isso acaba por prejudicar o seu processo de trabalho e a assistência.

Eu acho que a equipe de emergência não está completa (...) a equipe de emergência além de clínico, cirurgião aqui teríamos que ter um ortopedista que no momento não está tendo. E teríamos também assim um apoio de anestesista, que eu acho que deve participar da reanimação cardio-respiratória, pacientes acidentados que precisam uma entubação difícil, mas de modo geral, acho que nós temos uma boa equipe de cooperação. (Médico 1)

Apesar de reconhecerem algumas potencialidades da equipe de saúde, muitos dos participantes apontam diversas falhas e dificuldades e assinalam a possibilidade e a necessidade de melhorar. Sinalizam a necessidade de melhorar as relações interpessoais e a preparação individual de alguns trabalhadores. Destacam também os problemas resultantes da troca de plantões por parte dos trabalhadores. Consideram que essa troca afeta o “entrosamento” e a rentabilidade do grupo de trabalho.

Hum... mais ou menos, mais ou menos, eu acho que tem que melhorar esse sentido também (...) tem que trabalhar também uns pontos da equipe de enfermagem trabalhar mais coesa, mas acho que dentro da situação atual também não dá para exigir muito, não é? (Médico 2)

A equipe de um modo geral ela está, não é o ideal. Ela poderia ser melhor preparada, em todas as áreas. A gente tem médicos que não estão bem preparados, tem enfermeiros, não é? De um modo assim, no geral não está não é o ideal, poderia ser melhor. (Médico 3)

Eu acho que deveria ter mais, assim, relacionamento. Assim, é bom mas eu acho que poderia melhorar porque quando tem alguém diferente que troca de horário, eu acho que poderia melhorar mais. Sempre tem um que se esquiva mais do serviço do que o outro. (Enfermeiro 5)

Uma coisa, assim, que é desgastante é quando tu de repente estás com uma equipe que é bem entrosada e começa a ter uma rotatividade muito grande de funcionários e de repente a equipe não é entrosada e aí gera, assim, uma coisa que não rende, acaba tendo aquela coisinha que acaba atrapalhando. (Técnico 2)

A visão dos profissionais entrevistados sobre a equipe multiprofissional não é uniforme. Varia entre as categorias profissionais e dentro das mesmas. Enquanto alguns dos profissionais se mostram satisfeitos com o desempenho da equipe multiprofissional, outros são mais críticos e apontam para a necessidade de melhorar diversos aspectos, sejam técnicos ou relacionais.

Alguns dos profissionais mais críticos sinalizam para a complexidade do trabalho em equipe e para a prescrição deste tipo de trabalho na saúde. Questionam se existe mesmo trabalho em equipe no serviço de emergência. Reconhecem que o ideal da prestação de cuidados é o mesmo para todos os trabalhadores mas questionam a cooperação e integração na execução do trabalho.

Na verdade é assim oh, a gente, como é que eu vou te dizer, eu penso que o ser humano ele trabalha em determinados momentos em equipe, mas ele é um ser que é único e a maioria das vezes ele é um ser egoísta, primeiro ele quer resolver as questões que são dele, a questão da organização do serviço que melhor for para ele, não é, só que existe a questão da equipe porque para o nosso serviço poder acontecer as pessoas têm que trabalhar em equipe. Porém se a equipe perceber, que tem paciente que pode esperar, que o outro faça! Vai ficar sempre nas costas do outro que se liberar. Então existe trabalho em equipe? Não sei, entende, se existe trabalho em equipe, porque entendo que para ser equipe todo o mundo teria que trabalhar junto, teria que ter o mesmo ideal, acredito que o ideal seja o mesmo porém o trabalho é que acaba não acontecendo dessa forma. (Enfermeiro 4)

O grupo estudado parece ter características que o aproximam do trabalho em equipe, dentre as quais se destacam a existência de objetivos comuns e compartilhados. Contudo, outros aspectos afastam o grupo do conceito de equipe, as formas de atingir os objetivos comuns nem sempre são compartilhadas existindo uma muito maior preocupação com o trabalho individual do que com o trabalho coletivo.

Resgatando a discussão de Peduzzi (2001), já apresentada na revisão de literatura, que classifica a equipe de saúde como equipe agrupamento e equipe integração, é possível afirmar que o grupo de trabalho estudado apresenta características destas duas tipologias de trabalho em equipe. Algumas características da equipe apontam para um trabalho integrador e colaborativo, característico da equipe

integração, enquanto outras apontam para a compartimentalização da assistência, típica da equipe agrupamento.

5.2 As situações de conflito no trabalho em emergência

Esta categoria é composta por duas subcategorias. A primeira aborda a presença freqüente do conflito no trabalho em emergência. A segunda subcategoria identifica e discute as situações e os fatores de conflito presentes na emergência estudada e analisa a influência negativa das tensões e divergências no processo de trabalho e na assistência.

5.2.1 A presença freqüente do conflito no trabalho em emergência

De acordo com Robbins (2002) e Moscovici (1997, 2003), o conflito é considerado inerente à própria organização pelo que acontece, com maior ou menor freqüência. A escassez de recursos, para satisfazer todas as necessidades e desejos individuais, principalmente de poder e afetividade, gera conflitos entre os membros do grupo.

A trajetória de um grupo de trabalho pode mesmo ser entendida como uma contínua sucessão de conflitos já que nenhum grupo está livre deles. As mudanças no grupo e o seu desenvolvimento resultam do modo como os conflitos são administrados (MOSCOVICI, 2003).

O trabalho em saúde envolve trabalho em grupo, arranjos institucionais complexos e relacionamentos constantes entre seres humanos prestadores de cuidados de saúde e entre estes e seres humanos portadores de carência de saúde. No cotidiano dos serviços de saúde existem aproximações e distanciamentos entre as necessidades dos trabalhadores e dos usuários e diferenças inerentes às individualidades dos seres humanos. O trabalho no setor da saúde envolve ainda problemas relacionados ao custo e ao acesso aos serviços de saúde. A escassez de recursos e a necessidade crescente,

diversificada e múltipla de cuidados de saúde, por parte da população, tornam a gestão difícil e complexa, seja em nível macro ou em nível da micro gestão efetuada individualmente pelos trabalhadores.

De acordo com Schwartz e Durrivé (2001), para além da gestão macro, efetuada pela administração das instituições e pelas chefias dos serviços, cada trabalhador efetua diariamente a gestão do seu trabalho, tomando decisões incessantes e que são simultaneamente influenciadas pelas suas características pessoais e história de vida e pelos arranjos organizacionais da instituição em que se encontra inserido. Os trabalhadores, ao serem convocados no processo de trabalho necessitam fazer “uso de si” e utilizam as suas potencialidades de acordo com aquilo que lhes é exigido. Ao mesmo tempo, e porque estão inseridos num trabalho coletivo, precisam lidar com o “uso de si pelos outros” (SCHWARTZ, 2000). A cada situação que se coloca o trabalhador elabora estratégias que indicam a inteligência inerente ao trabalho humano sendo, portanto, gestor do seu trabalho e produtor de saberes e novidades.

Assim, será de esperar que os conflitos também ocorram com alguma frequência nas instituições de saúde. Os processos de trabalho em saúde são muito conflituos devido ao uso intensivo do trabalho humano que implica a interação de atores diversos carregados de valores, símbolos e poderes relativos à saúde, à doença, à vida, à morte e às identidades profissionais. Estes atores formam uma complexa cultura organizacional (AGUDELO, 1995).

Ademais, a fragmentação do trabalho, a especialização crescente, a hierarquia rígida, o desequilíbrio das cargas de trabalho e a alienação do trabalhador, apontados por Pires, Gelbcke e Matos (2004), como característicos do processo de trabalho em saúde, são fatores capazes, por si só, de estar na origem de inúmeras tensões e conflitos.

Nos serviços de urgência e emergência a procura incessante por cuidados de saúde é ainda mais acentuada e tem que ser atendida com os recursos disponíveis, com rapidez e eficácia, num tempo limitado. A escassez de tempo e recursos e a pressão exercida pelo atendimento a pessoas em situações críticas têm um enorme potencial para gerar estresse e conflitos intrapessoais e interpessoais.

Por outro lado, a espera por atendimento durante longos períodos de tempo deixa os usuários ansiosos e com elevados níveis de estresse contribuindo também para o acontecimento de tensões e conflitos.

No serviço de emergência estudado, a observação efetuada no decorrer da pesquisa permitiu perceber que o conflito se encontrava presente, com uma frequência que se pode considerar diária. A presença freqüente do conflito é também visível no discurso dos participantes desta pesquisa.

Com certeza, diariamente acontecem conflitos. (Enfermeira 2)

Não, ocorre, ocorre muito [o conflito]. (Médico 5)

Acontece bastante discordar em alguma coisa e outros acharem que não, isso tem bastante (...). (Técnico 3)

É comum, é comum, os ânimos bem exaltados. Por quê? Pelo fato de ser um ambiente de estresse, não é? Às vezes um aí que tu dizes a mais e a pessoa já leva para outro lado, que foste grosseira, interpreta errado e também é grosseira contigo e aí gera aquele conflito. Tem bastante. (Enfermeiro 3)

Diariamente há conflitos por pessoas que acham que está sendo demorado para esperar, e todo o mundo acha que o seu problema é mais importante que o outro (...). (Médico 1)

Ah sim, principalmente quando está muito tumultuado, o pessoal, a equipe às vezes acaba ficando estressada né. A equipe se estressa e às vezes acaba acontecendo [o conflito] (...). (Técnico 1)

Há muito conflito. (Assistente Social)

Diversas situações de conflito na entrada da emergência, entre usuários e vigilantes que acabam também por envolver a equipe de enfermagem. Devido ao longo tempo de espera por atendimento os usuários e familiares estão ansiosos e exaltados. Quando vêm passar à frente um usuário cuja situação clínica é de maior gravidade a discussão agrava-se. (Nota de observação)

Os participantes da pesquisa demonstram não ter dificuldades em reconhecer a presença do conflito e começam a sinalizar alguns fatores ou causas para o acontecimento dessas oposições e divergências. Associam o conflito ao estresse inerente ao serviço de emergência, à grande procura da emergência por parte dos usuários e conseqüente demora no atendimento. Aqui já aparecem alguns dos fatores

que levam ao aparecimento de conflitos. Estes e outros fatores e situações de conflito são explorados a seguir.

Tendo em consideração que o primeiro passo para administrar um conflito é admitir a sua presença, este reconhecimento é um aspecto positivo. O reconhecimento da existência de conflitos pode predispor as pessoas a agirem ao invés de optarem pela estratégia da negação que nada resolve ou altera.

O conflito negado ou reprimido desperdiça muita energia que poderia ser canalizada para fins produtivos e gera um grande desgaste psicológico nas pessoas envolvidas que carregam a situação como um peso oculto na sua dinâmica emocional (MOSCOVICI, 2003).

5.2.2 Situações e fatores de conflito: sua influência negativa

Depois de constatar que o conflito está presente freqüentemente no serviço de emergência estudado interessa perceber quais os fatores e as situações que originam ou contribuem para a existência de conflitos. A observação efetuada e as entrevistas com os participantes do estudo apontam para diversos fatores e situações de conflito. Contudo, não é possível apontar relações lineares para explicar a ocorrência dos conflitos visto que estes são fenômenos complexos e multifacetados que expressam a própria complexidade do trabalho humano.

Assim, a intenção aqui não é de apontar relações de causa e efeito entre fatores potencializadores e a ocorrência do conflito, mas sim apresentar esses fatores potencializadores que, isoladamente ou em associação, levam a discordância e divergências. Dentre as situações/ fatores de conflito destacam-se o contingente de demanda de trabalho, a inadequação do espaço físico, o duplo vínculo empregatício, as características individuais dos trabalhadores, a demora no atendimento, as relações interpessoais e as relações com as áreas de apoio.

Nenhuma destas situações/ fatores ou relações é sempre conflituosa ou está sempre ligada à existência de conflitos. Tratam-se sim de situações com potencial para gerar tensão, discórdia e divergência.

5.2.2.1 Contingente de demanda de trabalho

A incapacidade das unidades locais de saúde para dar resposta eficaz às necessidades da população é um dos fatores que leva a um acesso indiscriminado aos serviços de emergência, gerando conseqüências sérias nas instituições de saúde. Este aspecto é mencionado pelos participantes da pesquisa e amplamente registrado na literatura. No entanto, a busca pelos serviços de emergência por pessoas que vivenciam problemas que não são considerados tecnicamente como urgência e emergência, tem múltiplas outras causas ligadas a aspetos culturais e à dimensão subjetiva, além dos aspectos mais sócio-organizacionais dos serviços de saúde em uma dada sociedade. Pires (2004), em estudo realizado num serviço de emergência de um hospital holandês, identificou múltiplos fatores na origem do acesso indiscriminado aos serviços de emergência, sinalizando para a complexidade que está na origem desta situação.

De acordo com Cecílio (1997), os levantamentos efetuados a respeito da morbidade dos usuários atendidos nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de quadros clínicos considerados mais simples, que poderiam ser resolvidos nas unidades locais de saúde. Contudo, não é apropriado afirmar que a população não é educada e que vai aos serviços de emergência quando poderia estar indo às unidades locais de saúde. Na realidade a população acessa ao sistema de saúde por onde é mais fácil ou possível. Grandes extratos da população têm um grau de carência elevada e em função da ausência de alternativas concretas para acessar aos serviços de que necessita, a grande parte da população não resta alternativa senão utilizar os serviços de emergência para resolver qualquer problema de saúde (CECILIO, 1997).

O problema do acesso é colocado pelos participantes deste estudo como uma dificuldade do sistema de saúde e não em específico do hospital de ensino estudado. Os profissionais manifestam grande descontentamento com o funcionamento das unidades locais de saúde e atribuem o acesso indiscriminado à emergência à baixa resolutividade da rede de cuidados primários.

Quando a gente vê que aquele paciente ele está ali e ele não precisaria estar ali no caso, o próprio serviço de saúde poderia ter atendido ele no

posto e ter evitado trazer ele para cá eu acho que isso influência muito no estresse da enfermagem. Sabendo que tem gente que tem mais necessidade e não está podendo ser atendida porque tem gente com menos necessidade que está ali falando, exigindo, reclamando. (Enfermeiro 1)

A parte negativa é que a gente sabe assim que o serviço público, os postos de saúde não funcionam, então acaba vindo muita bobagem, não que seja bobagem, que não precisaria ser emergência, poderia ser resolvido no posto de saúde, mas como o posto de saúde não resolve eles também não têm outra opção e acabam vindo para a emergência, e aí sobrecarrega a emergência. E aí fica aquele tumulto, aquele estresse todo. (Técnico 1)

O que eu acho negativo é um problema do sistema de saúde brasileiro que vem muito paciente que não precisa de trabalho de serviço de emergência mesmo. Entra porque está com uma dor de cabeça há quinze meses, isso acho negativo. (Técnico 4)

(...) o grande problema é que a gente não trabalha com emergências, a gente trabalha mais com pronto-atendimento ou até atendimento ambulatorial e isso é mais desgastante do que o paciente mais grave, em minha opinião. (Médico 4)

[O problema] acho que é o sistema de saúde em geral. Algumas peculiaridades são do hospital universitário, mas a grande maioria delas, pacientes que não conseguem atendimento que não seria emergencial nos posto de saúde acabam vindo para cá. (Médico 5)

De negativo assim que eu vejo é que além de ser uma emergência, são serviços de emergência, mas tem muito paciente internado e a gente acaba não dando uma assistência qualificada para os pacientes que realmente são de emergência. (Auxiliar 2)

De negativo é exatamente o espaço da emergência que está sendo usado fora do formato que deveria. Trabalhamos com três por cento de urgências e emergências e fazemos esse trabalho de um grande ambulatório que na realidade para a população é positivo, mas para a instituição descaracteriza o serviço de urgência. (Assistente Social)

O acesso indiscriminado à emergência acaba por descaracterizar o processo de trabalho. Um serviço concebido para atender situações de urgência e emergência acaba por ter que, em simultâneo, dar resposta a essas situações, mas também atender usuários que procuram assistência característica de “um grande ambulatório”. A essa demanda se junta ainda a necessidade de cuidados de saúde dos usuários que se mantêm internados por falta de vagas nos serviços de internação. De acordo com Cecílio (1997), todo este cenário provoca tensão nos locais onde é feito o atendimento

que resulta em grande estresse e desgaste para os trabalhadores de saúde e em desconforto para os usuários, que têm que esperar pelo atendimento em longas filas de espera.

Deste acesso indiscriminado à emergência resultam cargas elevadas de trabalho para os trabalhadores. A carga de trabalho é habitualmente separada em cargas físicas e cargas mentais. O aumento das cargas físicas do trabalho resulta em sobrecarga das funções fisiológicas. Por outro lado, a carga mental ou psíquica assume uma maior complexidade, pois “o prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números” (DEJOURS, 1994, pág. 22).

A carga psíquica do trabalho, inversamente à carga física, aumenta com o subemprego de aptidões psíquicas o que leva a uma retenção de energia pulsional. Neste sentido o trabalho torna-se perigoso e fonte de sofrimento quando se opõe à livre atividade do trabalhador e à descarga de energia pulsional acumulada (DEJOURS, 1994).

De acordo com Dejours (1994), se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica ele é equilibrante, se, por outro lado, ele se opõe a essa diminuição é fatigante.

Nenhuma atividade está isenta de proporcionar satisfação ou desgaste físico e mental. A maior ou menor presença de cada um destes é decorrente da própria natureza da atividade, da sua organização e das condições de trabalho. Assim, o trabalho em ambiente hospitalar é rico, estimulante e heterogêneo, mas abarca simultaneamente atividades insalubres, penosas e difíceis para todos os trabalhadores (JÚNIOR ÉSTHER, 2001).

As cargas elevadas de trabalho resultam do excesso de demanda existente na emergência, que tem que ser atendida por um número limitado e, na perspectiva dos participantes, insuficiente de profissionais de saúde. As cargas de trabalho são elevadas em nível físico e psíquico, o que resulta em cansaço físico e em estresse.

O que eu gosto menos é a sobrecarga de trabalho. (Técnico 5)

(...) a quantidade de pacientes, a demanda é muito grande e isso estressa. (Enfermeiro 5)

O que é mais difícil, no momento, é o número de profissionais trabalhando que é muito reduzido para o volume de pacientes que a gente tem atendido e tem ficado internados na emergência (...). (Enfermeiro 2)

O complicado aqui é o tumulto que é a emergência, a grande procura pela emergência do hospital universitário, e todas as emergências são mais ou menos assim né? E sem muita estrutura de atendimento. Isso é um fator dificultador (...). (Médico 2)

Assim, a grande demanda de trabalho aparece como potencializadora de conflitos. De acordo com os participantes do estudo quando a demanda é elevada aumenta o nível de estresse a que os profissionais são sujeitos e conseqüentemente aumentam os conflitos vivenciados pela equipe.

O que tem de negativo é que como o clima é muito pesado e tem muito serviço a equipe às vezes se desentende tá? E briga e discute, porquê? Porque tem muita coisa para fazer e a gente tem um clima muito estressante aqui na emergência, pessoas muito graves, pessoas pobres, higiene precária então a gente não consegue fazer tudo aquilo que a gente precisaria devido ao número de funcionários e isso gera conflitos dentro da equipe (...). Por exemplo, quando tem mais de uma coisa para fazer ao mesmo tempo e tem poucas pessoas para ajudar e a gente fica com mais uma atribuição, a pessoa pede uma coisa e não consegue fazer aquilo que aquela pessoa pediu essa pessoa que pediu normalmente ela não tem a paciência de fazer ou então de dar um jeito de resolver então gera aquele conflito. (...) e não é um local assim que as pessoas chegam assim todo o mundo bem humorado para trabalhar, isso eu noto que não acontece. As pessoas já chegam estressadas para trabalhar porque elas já sabem que elas vão chegar aqui e vão ter uma demanda de trabalho muito grande, com situações muito estressantes. A própria relação assim de conversa mútua entre a equipe ela não é amigável, não tem uma coisa assim cordial, é hostil o ambiente, é claro que isso vai depender da demanda de trabalho. (Enfermeiro 1)

Na verdade é assim, o que eu acho de ruim é que eu entendo que é uma unidade de emergência, a gente não tem como barrar ninguém, impedir o atendimento, porque a característica desse serviço é exatamente atender a livre demanda. Porém isso acarreta uma sobrecarga para os profissionais que estão aqui e na maioria das vezes não é suficiente para poder atender a toda essa população e muitas vezes a gente não tem assim um amparo, diante de muitas situações que acontecem aqui. (Enfermeiro 4)

Eu acho assim que é mais o ambiente às vezes, fica muito sobrecarregado com muitos pacientes, em geral isso [o conflito] ocorre muito só quando está muito agitado, quando está mais tranqüilo isso não existe. Ocorre mais quando o pessoal está muito estressado, mesmo. (Técnico 1)

Nas falas dos entrevistados percebe-se claramente que o aumento da demanda de trabalho torna o ambiente de trabalho mais propenso ao aparecimento de tensões e conflitos. A observação efetuada pelo pesquisador também revelou que o conflito é mais freqüente quando a procura pela emergência do Hospital de Ensino é grande. Essa maior procura aumenta a pressão sobre o atendimento efetuado pelos profissionais de saúde, que necessita ser ainda mais rápido e efetivo, tornando o ambiente da emergência mais tenso e estressante.

Associada à grande demanda de trabalho começa a aparecer a inadequação/insuficiência do espaço físico da emergência, que também é um fator potencializador do conflito.

5.2.2.2 A inadequação do espaço físico

As más condições de trabalho colocam o corpo em perigo devido ao risco de acidente de caráter súbito e devido ao risco de doenças profissionais ou de caráter profissional. As más condições de trabalho podem ter conseqüências negativas não só em nível físico mas também psicológico. A nocividade que as condições de trabalho podem impor ao corpo pode gerar como seqüela psíquica a ansiedade (DEJOURS, 1992).

De acordo com Agudelo (1995), por condições de trabalho entende-se o conjunto de fatores que atuam sobre o indivíduo no meio laboral. São as características ou modalidades segundo as quais se consome a força de trabalho, a energia humana física e mental. Ainda segundo a autora é possível diferenciar entre condições de trabalho intrínsecas e extrínsecas. As condições intrínsecas referem-se ao trabalho propriamente dito, o interesse intelectual que representa a tarefa, o tipo de trabalho, as possibilidades de evolução pessoal e a qualificação do trabalho. As condições extrínsecas podem ser classificadas em de ordem psicossocial e material. As de ordem psicossocial correspondem às características do trabalho, relações horizontais e verticais, características da informação e da comunicação. As de ordem material englobam aspectos de higiene e segurança, comodidade e espaço físico. Podem

também ter relação com a organização e condições de trabalho: as políticas da instituição, horários de trabalho, salários e estabilidade de emprego (AGUDELO, 1995).

Dentre as diversas dimensões que compõe as condições de trabalho, o espaço físico é o aspecto mais destacado no decorrer da pesquisa efetuada. Para além da grande demanda de trabalho a que estão sujeitos, os participantes consideram o espaço físico inadequado, afirmando que não permite atender adequadamente as necessidades dos usuários. Diante desta situação sentem-se impotentes e revelam alguma frustração.

Muito trabalho e o espaço físico muito inadequado para estar fazendo um trabalho como deveria ser. (Auxiliar 1)

(...) falta o espaço físico, é ruim, pequeno, mal ventilado, uma coisa que não pode acontecer e que está acontecendo é ter doentes internados em macas no corredor, isso é ruim para o paciente e é ruim para o médico. (Médico 1)

O pior é a nossa estrutura física que nós não temos condições de ter pacientes internados, como fica, às vezes nós ficamos com trinta pacientes, né? Em maca, sentados na sala de medicação, sentados ali no Pronto Atendimento, e não tem o que fazer com esses pacientes. É ruim para a gente não poder fazer nada, é uma situação que deixa a gente impotente, não tem leito nas clínicas, nas unidades e os pacientes têm que ficar sentados, às vezes dia e noite, é desconfortável. A enfermagem em si também não pode dar uma assistência adequada porque a equipe tem que cuidar de uma unidade de internação, que são esses pacientes que ficam internados, e os que estão entrando, então aí fica bem complicado. Isso que deixa muito frustrada, frustrada! Uma sensação de impotência porque a gente não pode fazer. (Enfermeiro 3)

Muitos usuários em macas nos corredores, alguns há mais de 24 horas. Já não existem macas disponíveis, se necessárias para outros usuários. (Nota de observação)

A observação efetuada confirma a inadequação e insuficiência do espaço físico. A presença de usuários internados em macas nos corredores, no período da observação, era constante e a falta de espaço para acomodar todos os usuários era notória. Neste sentido a reforma do serviço, que estava acontecendo no momento da pesquisa, revela-se muito necessária e pertinente. Para além de se enquadrar nas políticas adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, no Plano Nacional de Saúde,

poderá melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e de assistência aos usuários.

O espaço físico além de ser apontado como um aspecto negativo do trabalho no serviço de emergência surge também como potencializador de situações de conflito. A inadequação e a limitação do espaço existente levam a conflitos por escassez de recursos entre os diversos profissionais que o utilizam e entre estes e os usuários.

Outra coisa é a área física da nossa emergência, a área física não é adequada. Além da demanda a área física interessa muito porque a gente não tem espaço, então um atrapalha o outro. Por exemplo, só vais ocupar um local para escrever se realmente o que tu vais escrever é uma coisa necessária. Porquê? Porque tu vais escrever na frente da gaveta de medicamentos, tu vais escrever na frente de onde está o soro, e o outro vai precisar. Então não é aquela coisa assim, poderia me dar licença? Não, é sai, sai, sai e aí o outro já se irrita entendeu? Então tudo isso contribui para gerar aquele conflito. (Enfermeiro 1)

O espaço está péssimo porque a demanda está muito grande e está muito apertado. (Técnico 3)

Algumas vezes tu atendendo o paciente trás muitas coisas que te faz pensar, porém outras eles são muito grosseiros. É a questão de não ter vagas nos andares eles terem que ficar acomodados em macas, em cadeiras de rodas ou mesmo na sala de medicação gera bastante desconforto que a gente não tem como controlar isso porque não somos nós que determinamos as vagas. (Enfermeiro 4)

Matos (2002), numa pesquisa efetuada num hospital universitário também identifica como geradora de conflitos a inadequação do espaço físico. De acordo com a autora as más condições de higiene, repouso e outros, em conjugação com as demais dificuldades contribuem para o conflito entre trabalhadores, usuários e familiares.

Na realidade estudada, embora os conflitos entre profissionais, usuários e familiares apareçam associados ao espaço físico aparecem com maior destaque os conflitos intrapessoais vividos pelos profissionais de saúde. Estes conflitos intrapessoais derivam da impotência para resolver o problema do espaço disponível. Os profissionais ao não terem condições para dar resposta às necessidades dos usuários acabam por se verem confrontados com conflitos intrapessoais que estão fora do âmbito da sua governabilidade imediata.

5.2.2.3 O duplo vínculo empregatício

O duplo vínculo empregatício e o excesso de horas de trabalho efetuadas por muitos dos profissionais de saúde no próprio serviço também parece estar associado à origem de muitos conflitos. Essa sobrecarga leva ao aumento do cansaço e do estresse dos profissionais e como consequência ao aumento do nível de conflitos. A problemática referente ao excesso de horas de trabalho efetuadas apenas surge no discurso dos enfermeiros mas ela é comum em todas as categorias profissionais. Em conversas informais, os técnicos e auxiliares de enfermagem e os médicos referem-se várias vezes a outros vínculos empregatícios com naturalidade, como algo comum à maioria dos profissionais, contudo, não valorizam tanto a questão ou não demonstram reflexão acerca da temática.

(...) a questão do estresse que não se deve só ao atendimento da emergência, porque o que acontece com os profissionais de saúde é que eles têm mais que um tempo empregatício. Então na verdade ele já está sobrecarregado não só pelo serviço da emergência ou porque aquele acompanhante questionou alguma coisa, mas porque ele já veio de outro trabalho, já estava cansado, talvez se fosse num outro contexto, ele tendo só esse serviço, ele conseguiria ver esse paciente e esse acompanhante de uma outra forma. Então eu acho complicado falar só do serviço uma vez que não é o serviço em si que ele tem essas dificuldades mas cada pessoa trás os seus problemas também e por mais que a gente tenha um discurso de que a gente tem que separar eles acabam indo tudo para o monte comum e a primeira pessoa que os afronta é a que vai acabar escutando. (Enfermeiro 4)

Outra coisa que eu acho errado também é assim oh, às vezes tem pessoas aqui dentro que fazem trinta e seis horas, quarenta e poucas horas seguidas de trabalho aqui. Às vezes fica trinta e seis horas, dorme uma manhã aqui e vai trabalhar de novo, eu acho assim, tem muita gente que vai até me enganar, mas eu acho que devia ser proibido isso, que não deveria ser, porque a pessoa está cansada, aí vai trabalhar mais cansada ainda não é que ela não atue direito mas acaba sobrecarregando as outras pessoas que vem e vai estressando todo o mundo (...) mais de vinte e quatro horas eu acho que não deveria ser, deveria ter no mínimo doze horas de descanso (...) aqui fazem trinta e seis horas, aí dormem um pouquinho e depois voltam a trabalhar de novo. Eles dizem que não afeta mas afeta o estresse, qualquer coisa que tu fala eles olham de cara feia, isso afeta, eles dizem que não mas acredito que sim. É bem mais fácil tu trocar uma medicação, está certo que nunca aconteceu mas o nível de estresse da pessoa está tão alto que qualquer coisa ela já responde para a outra. (Enfermeiro 5)

O aumento dos duplos vínculos empregatícios parece ser crescente e ter conseqüências nocivas para os profissionais de saúde e para a assistência que é prestada aos usuários. Matos (2002), referindo-se aos trabalhadores de enfermagem acrescenta ainda, a respeito do duplo vínculo empregatício, que “aparentemente os trabalhadores abandonaram as lutas em prol de soluções coletivas, pela luta individual que os sobrecarrega diariamente, deixando-os sem forças para qualquer atividade reivindicativa” (MATOS, 2002, pág. 91).

À medida que os trabalhadores do serviço público vêm perdendo poder aquisitivo as saídas encontradas no setor da saúde, sobretudo na enfermagem, vêm sendo o ingresso em outros empregos. Os baixos salários são a causa apontada para a opção, por parte dos trabalhadores, do aumento das jornadas de trabalho (VERAS, 2003).

As conseqüências da opção pelo aumento das jornadas de trabalho podem ser diversas e, dentre elas destaca-se o maior cansaço e apatia, o estresse, a desmotivação dos trabalhadores, o aumento da probabilidade do acontecimento de erros e a ocorrência de conflitos interpessoais. Todas estas conseqüências podem interferir de um lado na qualidade da assistência que é prestada aos usuários, e de outro na saúde dos profissionais.

5.2.2.4 As características individuais dos trabalhadores

As variáveis pessoais incluem o sistema de valores de cada pessoa e as características de personalidade, responsáveis pelas diferenças entre os indivíduos. Determinados tipos de personalidade como, por exemplo, os indivíduos autoritários e os indivíduos com baixa auto-estima, tendem a causar mais conflitos. Ainda mais importantes são as diferenças de crenças e valores. Os sistemas de valores ajudam a explicar os desacordos sobre a contribuição de alguém para o grupo ou a recompensa merecida (ROBBINS, 2002).

No serviço estudado os problemas resultantes da organização e dinâmica do serviço aparecem no discurso dos trabalhadores como predominantes em relação aos

resultantes das características individuais de cada sujeito. Contudo, é importante não esquecer que é mais fácil assumir e expor problemas e conflitos derivados da organização do trabalho e da falta de recursos do que problemas e conflitos com origem nas características individuais dos colegas de trabalho. No entanto, as características individuais de alguns membros da equipe também são assinaladas como potencializadoras de conflitos.

Os conflitos inerentes às características individuais dos sujeitos, ou seja, os conflitos pessoais podem ser mais danosos e de mais difícil resolução.

(...) depende muito da personalidade do profissional, do tipo de profissional, da personalidade. Tem profissionais que estão estressados e sabem separar e tem profissionais estressados que não sabem. Então isso é muito individual, não dá para dizer numa forma geral. (Enfermeiro 1)

(...) eu percebo que assim, quando o paciente ele agride um funcionário, fala em voz alta, questionando alguma coisa, ele se sentindo agredido ele também agride o paciente ou o acompanhante (...) nesse momento a gente tem duas coisas, tem uma que é questão de comportamento que é do próprio ser humano que não foi enquanto enfermeira que tu acaba moldando. (Enfermeiro 4)

Associada às características individuais surge a falta de compromisso para com o trabalho em equipe de alguns desses profissionais. Deslandes (2000), para discutir a falta de compromisso utiliza o conceito de “morcegagem” que, de acordo com a autora, é uma atitude individual egoísta que se traduz em cumprir suas atividades de forma lenta ou de nem as cumprir, ausentando-se do plantão. O termo baseia-se numa metáfora com características de um morcego, que se alimenta de sangue alheio, ou seja, no caso do trabalhador este não se importa de deixar o seu trabalho para ser executado pelos outros. Ainda para a autora a “morcegagem” resulta das condições salariais, do desestímulo, da ausência de mecanismos de supervisão e responsabilização da conduta profissional.

Essa “morcegagem” ou falta de colaboração aparece como uma importante fonte de conflitos já que provoca sentimentos de injustiça e de revolta nos trabalhadores que acabam ficando sobrecarregados.

Eu acho que as discussões maiores é como eu te disse, falta de colaboração, muitas das vezes a gente tem que fazer alguma coisa em equipe e tem pessoas que não... são meio malandras, e é aí que muitas das vezes dá conflitos. Alguns estão ali se matando de trabalhar enquanto tem outros que... Acho que a maior discussão é essa. (Técnico 3)

A interdependência dos diversos trabalhadores que constituem a equipe de saúde coloca em relevo os conflitos pessoais, como fenômeno relacional em que cada parte tem necessidade da outra (RONDEAU, 1996).

Para que o trabalho seja efetuado é necessária a participação de todos os trabalhadores e o comprometimento com os objetivos do trabalho. Quando algum dos trabalhadores foge às suas responsabilidades os outros elementos da equipe acabam por ficar mais sobrecarregados e sentem-se afetados e injustiçados. Esta situação acaba por gerar conflitos entre os trabalhadores da equipe, envolvidos num trabalho caracterizado pela ambigüidade, pela incerteza e pela necessidade de exercer papéis de interface com os outros trabalhadores e com os usuários.

5.2.2.5 A demora no atendimento e a violência

Durante o período de observação na emergência a situação de conflito mais observada era derivada da demora no atendimento. Em diversas ocasiões o tempo de espera por atendimento chegava a quatro horas o que deixava os usuários e, principalmente os familiares, irritados, estressados e muito ansiosos. Essa situação gerava muitas discussões com os vigilantes e com os profissionais de saúde. Em situações de maior gravidade foi possível presenciar ameaças de agressão física e de morte para com os vigilantes que controlavam a porta da emergência.

Um familiar de um usuário que aguarda por atendimento fica exaltado na entrada da emergência e discute com um vigilante e com uma técnica de enfermagem. O familiar chega a fazer ameaças de morte ao vigilante. A situação é resolvida por outros seguranças que acalmam a situação. (Nota de observação)

O discurso dos profissionais entrevistados confirma como maior fator/ situação de conflito na emergência estudada a demora no atendimento, derivada da grande afluência de usuários, da inadequação do espaço físico e do número de profissionais insuficiente para atender a demanda cotidiana.

A gente lida muito também com o estresse do paciente e do acompanhante porque eles tão chegando e eles acham sempre que é o mais urgente de todos, que está demorando muito o atendimento, e nós aqui com a emergência sempre lotada. (Enfermeiro 3)

Às vezes o pessoal não tem paciência e na grande maioria das vezes quem não tem paciência é quem menos precisa da emergência. A gente vê claramente isso, quem está sofrendo, quem tem uma patologia grave e precisa ser atendido com urgência fica quietinho e aqueles que ficam chutando a porta, berrando, são os pacientes que vêm aqui para pegar atestado e querem ir embora para poder ficar o dia inteiro livre. Então isso é bem claro, é raro você ver um paciente grave esperar e reclamar por estar esperando, quem reclama por estar esperando geralmente é aquele que quer pegar o atestado e ir embora rápido. (Médico 4)

(...) o tempo de espera, todo mundo que chega à emergência quer ser atendido rápido, mesmo que o seu problema talvez não seja tão emergencial, mas quer ser atendido rápido já que veio numa emergência e a gente não consegue dar vazão para essa quantidade toda de pacientes, e isso gera um conflito entre os médicos. (...) acaba sempre gerando um grau de conflito apesar de na cirurgia geral não ter tanto como na clínica médica mas mesmo assim também tem e a falta de instalações adequadas, não consegue internar o paciente adequadamente, tudo gera um conflito. (Médico 5)

(...) o tempo de espera é grande. Imagina tu procurares a emergência do hospital, ficar sentado lá aguardando, não fazer nem noção de quanto tempo tu vais ficar aguardando e não vendo a fila andar, é complicado não é? Imagina na fila de um banco, fica meia hora lá e não és chamado para ser atendido, é estressante, obviamente que vai ter conflitos. Então tem que mudar a estrutura, não dá para cobrar a paciência dos pacientes que tu não tens uma resposta adequada para dar para eles, né? (Médico 2)

Tem bastante gente que reclama, às vezes chega um na frente e entra e aí ficam reclamando que estão esperando há duas horas ou mais. Aí eles reclamam. (Auxiliar 2)

Há conflito porque o interesse da população quando busca o serviço de emergência é resolver o seu problema de imediato. (Assistente Social)

Decorrente essencialmente do tempo de espera, da demora no atendimento, surge o conflito na sua forma mais grave e prejudicial, na forma de violência. Saines

(apud Deslandes 2000) define a violência que afeta o profissional de saúde como qualquer incidente que o coloque em risco o que pode incluir ofensas verbais, comportamento ameaçador, ou agressão por parte dos usuários ou dos familiares.

A violência embora não ocorra diariamente parece estar presente no cotidiano do serviço de emergência com uma frequência considerável. Os profissionais entrevistados colocam-se como vítimas da violência de alguns usuários e, principalmente familiares, que se revoltam devido à demora no atendimento. Essa revolta é canalizada para os profissionais que, embora muitas das vezes não sejam os responsáveis pelo mau funcionamento do serviço e pela demora no atendimento, acabam por ser a face visível da instituição e do sistema de saúde.

Não, não é muito raro não [a violência]. Tem, acontece, a gente abriu até um livro de registro de agressões físicas, que já ocorreram várias aqui, os pacientes reclamam pela demora, o número de pacientes é muito grande para o número de médicos e também de profissionais, em geral, que atendem. Às vezes o paciente espera quatro, cinco horas por um atendimento, e dependendo da pessoa se torna agressiva com os outros, com o tempo de espera, acho que é uma das maiores causas, assim, de agressão. (Enfermeiro 2)

Nós temos muitos casos de violência. Acontece, assim, com pacientes alcoólatras, pacientes usuários de drogas, vítimas de ferimentos por armas de fogo, que estão envolvidos em crime. Todo o mundo tem medo de lidar com esses pacientes, porque já aconteceu de haver ameaças. (Médico 1)

Já teve médicos que foram agredidos, por pacientes pelo tempo de espera, aí as pessoas vão ficando irritadas, não concordam, muitas das vezes pelo próprio desconhecimento delas, acabam tendo alterações e culpam, têm que culpar alguém e acabam culpando o médico que muitas vezes não tem nada a ver com a história e acaba sofrendo agressão. (Médico 5)

Às vezes sim, e também quando está muito tumultuado. Daí os familiares acabam ficando nervosos e acabam agredindo né, a parte médica e a parte de enfermagem. (Técnico 1)

As emergências sobrecarregadas com atendimentos não urgentes mais com as situações de emergência vêm-se impotentes para responder a tantas necessidades. Para além disso, o próprio modelo médico, as condições de atendimento, a cultura da assistência hospitalar e a estigmatização de alguns usuários são motivos suficientes

para se desencadearem confrontos que envolvem agressão verbal, física e até ameaças de morte (DESLANDES, 2000).

Os sujeitos entrevistados revelam algum receio derivado da possibilidade de sofrerem agressões no cotidiano do seu trabalho e apontam alguns usuários como mais propensos para situações de violência. Dentre estes grupos estereotipados destacam-se os usuários dependentes do álcool e de substâncias e os usuários envolvidos em crimes com armas de fogo ou armas brancas.

Os profissionais apontam situações que são exemplos dessa violência e que retratam um risco ocupacional para os trabalhadores que atuam nos serviços de emergência.

(...) já chegou gente a entrar de carro dentro da emergência, arrombar a porta da emergência. (Técnico 4)

(...) estava cheio de fichas, eles fecharam a porta lá na frente porque estava atendendo só os internados, porque tinha quase trinta doentes aqui dentro, aí os médicos se juntaram porque, não sei se tu viu, tem uns que atendem só os internados e outro que só atende a porta. Esse que atende a porta parou e começou a ajudar os internados. Aí eles arrombaram a porta do PA, arrombaram e entraram querendo atendimento. Aí o vigilante foi lá e conversou, aí o médico foi lá na frente acalmou e disse que só ia atender os casos de maior gravidade, urgência e emergência mesmo. Mais parada [cardíaca]. (Enfermeiro 5)

Para além da demora no atendimento, o risco de morte de um familiar também aparece como potencializador de conflitos e de violência. Abalados perante a possibilidade de morte de um parente, alguns familiares tentam garantir a sobrevivência ameaçando os profissionais de saúde. No desespero pensam que ameaçando a equipe esta se empenhará mais para salvar a pessoa querida ou tomam atitudes violentas para aliviar a raiva e o sofrimento. Os profissionais, presentes na situação de angústia e desespero, e que muitas das vezes dão a notícia da morte, acabam por se verem confrontados com a negação e com a raiva dos familiares.

Teve uma situação, na realidade foram duas né, que eu me lembro que me marcaram mais. Teve uma moça que os pais estavam passando aqui [em viagem] (...) o pai dela faleceu aqui então ela entrou bem exaltada né, o pai tinha um tumor cerebral e não tratava, ele se negava a fazer o tratamento, então ele chegou aqui realmente bem grave, entrou em coma, depois foi transferido para um outro hospital e acabou falecendo (...) ela agrediu

assim fisicamente uma residente mas a gente entendeu assim né, só que (...) ela estava muito exaltada e a gente pediu para que ela ficasse lá fora, não tinha condições. E teve uma outra também, uma outra paciente, que acho que até chegou a falecer depois, o marido também estava bem exaltado e teve um bate boca, nada de briga física, só discussão assim, e até depois ele entrou com processo e aí a gente até depois prestou depoimento. (Técnico 1)

Os serviços de emergência são um espaço intenso e dramático de conflito, muitas das vezes de violência, entre população usuária e profissionais de saúde. Os trabalhadores destes serviços convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: enquanto demanda de atendimento e na relação com os usuários. Neste sentido os serviços de emergência constituem-se num campo privilegiado para analisar o significado e a dimensão da violência nos serviços e nos profissionais de saúde (DESLANDES, 2000).

5.2.2.6 As relações interpessoais

O relacionamento interpessoal não é uma categoria estática, é essencialmente um processo que é sujeito a variações de espaço, tempo e contexto. O grupo idealizado, harmônico e livre de conflitos é uma utopia. Todo o grupo humano acaba por expressar os paradoxos e as contradições da natureza humana. As relações entre as pessoas percorrem essas dimensões alternativas e englobam tensões e conflitos (MOSCOVICI, 2003).

Os conflitos, no grupo estudado, podem ocorrer nas relações entre os profissionais de saúde ou nas relações entre estes e os usuários e familiares. Os conflitos parecem ser mais comuns nas relações entre profissionais e usuários e familiares mas acontecem igualmente na relação entre profissionais.

A relação entre os profissionais geralmente não é considerada muito conflituosa nem muito problemática. Contudo, na observação efetuada e no discurso dos

participantes percebe-se que alguns dos conflitos ocorrem nas relações e na comunicação entre a equipe.

Mas eu vou dizer assim, entre o enfermeiro e o técnico alguns profissionais, não todos, alguns tem problemas de relacionamento, às vezes até por falta de empatia, não é, não são todos. Entre eles técnico e técnico também tem problema de relacionamento. Um gosta mais de trabalhar com fulano já não gosta de trabalhar com sicrano, não né. Entre a equipe de enfermagem e a médica não tem. Por incrível que pareça a gente até tem um relacionamento bem legal assim não é, pelo menos eu não vejo nada de... Um respeita o outro, tranqüilo né. (Enfermeiro 3)

Quando (...) às vezes tem uma briga entre um funcionário ou outro e aí fica mais pesado né. Daí uma pessoa vai lá e reclama, daí vem a outra de outra parte reclama também e aí tu nunca, sempre tentas ajeitar de um lado e do outro para que o ambiente fique melhor para tu trabalhar, né. (Técnico 1)

Eu acho que a relação não é muito conflituosa mas tem que ser melhorada um pouco. Tem que ter um pouco mais de nitidez, de clareza o que é que é cirúrgico, o que é clínico e obviamente quando tem dúvida tem que dar um suporte para o colega não tem dúvida, tem que conversar. (Médico 2)

Costuma bastante [acontecerem conflitos], principalmente, por incrível que pareça entre classes, entre enfermeiro e técnico, entre médico enfermeiro, entre médico e técnico. (Médico 3)

De acordo com Deslandes (2000), no cotidiano dos hospitais convivem regras formais e informais que são empregadas de acordo com a situação e com as negociações estabelecidas anteriormente entre os intervenientes no processo de trabalho.

A existência destas diferentes regras sinaliza a própria complexidade do processo de trabalho que se constitui num lugar de debate de normas e valores. Na atividade, o sujeito é confrontado com racionalidades ou normas impostas pela hierarquia, pela organização, e normas impostas pelo próprio coletivo de trabalhadores. O trabalho acaba mesmo por sofrer influência daquilo que foi formulado antes do início do processo (SCHWARTZ, 2000).

Os conflitos que acontecem na relação entre os profissionais de enfermagem e de medicina são atribuídos essencialmente à presença de novos profissionais que acabam por desafiar as rotinas instituídas e os pactos existentes, ou seja, as regras

informais. Estas regras informais existem para resolver ações e situações não reguladas pelas regras formais.

Apesar da divisão interprofissional do trabalho ser regulada por regras formais há uma enorme variação prática no que diz respeito a quem faz o quê, o quanto deve ser feito e de que modo (SVENSSON, apud DESLANDES, 2000).

A equipe de enfermagem é condicionada pelas regras formais, pelos limites impostos pelas estratégias médicas e pelo poder administrativo, e necessita desenvolver estratégias para lidar com os condicionamentos.

(...) às vezes entra um médico novo, que tem uma outra rotina, então até se adaptar com a rotina que a gente já tem aqui estabelecida tem alguns pequenos conflitos, mas nada assim que tenha causado maiores problemas. (Enfermeiro 2)

É assim, tem alguns que entraram agora, que não conhecem a rotina mas depois que conhecem a rotina tu falas com eles, eles acatam bem as tuas opiniões. Mas tem um sempre que... Mas a minha equipe no período da manhã todos eles são bem... a gente fala e eles escutam, até para o diagnóstico assim eles escutam. (Enfermeiro 5)

Não com todos, nem todos aceitam opinião, aceitam que a enfermagem bote o bedelho, mas com a maioria sim, já são médicos mais antigos e então já têm aquela afinidade maior com a enfermagem, agora com os novos fica mais complicado. (Técnico 3)

A enfermagem atribui a existência de conflitos à quebra de “pactos” estabelecidos informalmente com a equipe médica o que acontece, especialmente, quando há a presença de novos elementos que ainda não estão familiarizados com as normas informais vigentes. De acordo com Carapinheiro (1998), a quebra das regras informais que estabelecem o território da autoridade e responsabilidade dos médicos e enfermeiros tem potencial para produzir conflitos cuja resolução muitas vezes é atribuída ao enfermeiro que exerce funções de chefia devido ao poder administrativo que tem sobre a equipe de enfermagem.

Por seu lado os médicos vêem a sua hegemonia respeitada através dos pactos estabelecidos e não parecem sentir a sua área de atuação invadida pela enfermagem. Reclamam mais compromisso e envolvimento da enfermagem na assistência aos usuários.

No geral, assim, em termos da discussão nacional do ato médico eu não vejo a enfermagem invadir a área médica de forma nenhuma. Talvez tenha que trabalhar um pouco mais é um maior envolvimento da enfermagem com o paciente em si que às vezes a gente tem a percepção, assim, de que o paciente é do médico e a enfermagem está ali para ajudar um pouquinho e não tem um compromisso com o doente, e acho que é igualmente da enfermagem esse compromisso. (Médico 2)

Na fala anteriormente apresentada denota-se um claro apelo ao compromisso com o trabalho em equipe, um trabalho que envolva objetivos comuns e uma forma de alcançá-los compartilhada, baseada na cooperação (MOSCOVICI, 2003). O objetivo comum da equipe é a finalidade do processo de trabalho em saúde: a ação terapêutica para a atenção às necessidades que demandam o cuidado profissional em saúde. O objeto dessa ação terapêutica é “o individuo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças” (PIRES, 1998, pág. 161).

Apesar dos sujeitos da pesquisa reconhecerem alguns problemas no relacionamento da equipe, não existe uma grande valorização dos conflitos de poder entre categorias profissionais, tantas vezes referidos na literatura. As tensões entre médicos, enfermeiros e os outros profissionais de saúde, apontadas por autores como Farias (2002), Lindeke e Sieckert (2005), não aparecem com muito destaque na realidade estudada.

Várias explicações podem ser apontadas para o pouco destaque dado aos conflitos entre os profissionais de saúde, sejam relacionadas a situações/ expressões de poder, sejam relacionadas a outras causas. Uma dessas explicações pode estar relacionada com o fato da equipe ser jovem e estar inserida num ambiente acadêmico. Outra explicação possível é os profissionais terem dificuldades em assumir a existência de conflitos no interior da equipe e preferirem ocultar, de forma consciente ou inconsciente, este tipo de tensões e divergências.

Cecílio (2005) reconhece a invisibilidade de alguns conflitos que acontecem nas organizações de saúde e dá como exemplo a insatisfação do pessoal de enfermagem em relação a certos privilégios que os médicos são detentores: horários flexíveis,

grande autonomia, desconsideração para com o trabalho da enfermagem. De acordo com o autor este conflito existe mas não consegue ser apreciado e entrar na agenda da direção pois poderia desafiar o poder instituído e o *status quo*. Estamos perante o conflito encoberto que permanece na sombra e não consegue entrar na luz da organização. A manutenção destes conflitos na sombra e a não tomada de decisão acaba por ser uma forma de impedir a mudança e sufocar eventuais desafios às relações de poder instituídas (CECILIO, 2005).

O reconhecimento de conflitos pessoais e entre categorias profissionais parece ser de maior dificuldade sendo mais fácil reconhecer os conflitos com os usuários e familiares ou os derivados das tarefas e do processo de trabalho.

Assim, a relação com os usuários e familiares, apresenta-se em muitas situações como fonte potencial de conflito. Esses conflitos com os usuários e acompanhantes resultam mais precisamente da demora no atendimento, já anteriormente discutida.

Tem bastante conflito com os usuários (...). (Médico 5)

Com o usuário tem aquilo que eu já te falei, que eles chegam assim e querem logo ser atendidos, e às vezes exaltados, por que está demorando muito, então tem nesse sentido. (Enfermeiro 3)

E assim na emergência o tipo de acompanhante às vezes acaba atrapalhando, bem que a gente não pode nem questionar muito porque é claro que entende o lado do acompanhante, que fica também preocupado com o seu familiar que está ali, né? Só como a gente trabalha com um número muito grande e considerando o staff que a gente tem, tumultua, atrapalha o serviço da gente. Tem que ser limitado. (Técnico 2)

Os conflitos entre profissionais e usuários são comuns e provocam maior tensão no trabalho, nos serviços de emergência, o que provoca que todos os envolvidos no trabalho se sintam pouco reconhecidos (DESLANDES, 2000).

A permanência de familiares junto dos usuários que permanecem no serviço de emergência também aparece como dificultadora e com potencial para gerar conflitos. Se por um lado a presença do acompanhante é importante e reconhecida como necessária por outro acaba por sobrelotar o espaço físico que é reduzido e pequeno para acolher adequadamente profissionais, acadêmicos, usuários e familiares.

5.2.2.7 As relações com os outros setores do hospital

A emergência, como unidade de grande complexidade que é, depende de outros setores tais como a radiologia, o laboratório, o centro cirúrgico e os serviços de internação. A relação com estes outros serviços hospitalares nem sempre é pacífica e por vezes revela-se conflituosa. Os outros setores nem sempre compreendem a especificidade e as necessidades da unidade de emergência. Por outro lado também se pode verificar que, por vezes, os profissionais da emergência, devido à pressão a que estão sujeitos, não compreendam as limitações dos outros serviços.

Às vezes gera um certo desconforto no sentido assim, por exemplo, a emergência está lotada e às vezes vem ou às vezes tu ligas para o andar e tem leitos que estão bloqueados. Há! O paciente vem depois de amanhã, o paciente vem lá do interior, então isso gera muito desconforto porque a emergência está lotada, o paciente vai vir mas eu estou com pacientes aqui que eles precisam ser atendidos, então isso gera um desconforto na equipe, né. E para o paciente com certeza vai gerar também porque deve ser muito desconfortável ficar nessa maca sem poder se mexer (...)? Eu me coloco na situação do paciente, ficar às vezes dois três dias uma semana no corredor observando tudo o que acontece numa emergência sem tu querer, ter que ficar usando essas roupas, que elas não são nada privativas, tu é descaracterizado quando tu acabas entrando aqui e gera um certo desconforto, muito mais para o paciente porque é o que é mais agredido nesse processo todo. Para o profissional gera nesse sentido né, porque às vezes a gente gera um conflito entre quem trabalha na emergência e quem trabalha nas unidades e isso não precisaria acontecer porque a instituição é uma só e tem que primar pela mesma qualidade de assistência. (Enfermeiro 4)

Eu acho que isso aí é um sério problema [a relação com as áreas de apoio], o laboratório parece que o pessoal não tem uma noção de que na emergência as coisas têm que sair mais rápido, que tem gente esperando, é uma conduta tomada baseada em exame, então tanto o RX demora, os exames laboratoriais às vezes são solicitados e não são colhidos. Do eletrocardiograma vem na hora, o eletrocardiograma não tenho queixa não, mas realmente o resto deixa a desejar, deveria ser um pouco mais atencioso em relação à emergência. (Médico 4)

Eu acho que os outros setores não entendem muito qual o serviço de cada um aqui dentro. Então acham que a emergência quando está subindo pacientes está incomodando eles ou você vai levar um paciente na radiologia, está levando trabalho para eles de certa forma. Acho que o que falta é cada um saber qual o seu serviço aqui dentro, conhecer o seu serviço. (Técnico 4)

Os serviços de “apoio diagnóstico” são de grande relevância para o atendimento na emergência. Constituem ao mesmo tempo um meio de trabalho fundamental para a emergência e um delicado eixo de relações no interior da organização. Muitas vezes as falhas nas relações organizacionais entre os serviços de apoio, os serviços de internação e a emergência fazem com que os profissionais precisem articular pessoalmente os diferentes processos de trabalho que deveriam estar articulados de forma mais coesa em nível organizacional. A falta de comunicação entre profissionais de formações distintas e entre os diferentes setores do hospital dificulta ainda mais o trabalho a ser efetuado. Essa situação gera conflitos, tensões e desgaste para os trabalhadores (DESLANDES, 2000).

Diversos estudos têm sido desenvolvidos por autores que buscam novas estratégias para a gestão e organização do trabalho em saúde, utilizando teorias administrativas mais atuais e apontando as dificuldades em promover mudanças nos modelos de gestão. No entanto, a estrutura dos hospitais segue ainda diretrizes características dos organogramas clássicos com estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, relações formais baseadas na autoridade legal, características estas que revelam a influência da concepção burocrática (MATOS, PIRES, 2006).

De acordo com Matos e Pires (2006), a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, de forma particular no setor hospitalar, sofrem ainda atualmente forte influência do modelo taylorista/ fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. Essa influência é notória na instituição estudada onde se denota uma compartimentalização do trabalho de cada setor e a falta de um planejamento conjunto, e participativo, que tenha como objetivo comum prestar a melhor assistência possível aos usuários. Cada setor da instituição trabalha isolado e alienado do processo de trabalho global.

Em decorrência da compartimentalização e do isolamento do trabalho dos diversos setores que constituem a instituição hospitalar, os participantes da pesquisa sentem incompreensão das áreas de apoio relativamente ao trabalho da emergência. No discurso demonstram sentirem-se esquecidos pela estrutura organizacional e pelos próprios colegas dos outros setores.

A única queixa que eu tenho aqui, que me parece não só pela parte de enfermagem, mas me parece que o resto do hospital liga muito pouco para a emergência e para os funcionários que trabalham aqui. Às vezes a sensação que a gente tem é que está abandonado, não tem apoio do restante hospital, tanto da parte de internação, dos outros médicos que assumem pacientes internados, esse negócio deles não assumem pacientes internados aqui em baixo, isso é um problema sério e você até sente que tem um pouco de preconceito em relação, aqui, à emergência. Pelo contrário, se o paciente não for bem cuidado no início do quadro as chances do desfecho dele ser desfavorável é muito grande e eles não dão esse suporte para a gente, assumir paciente, vir aqui em baixo, responder parecer quando a gente pede. A gente pede parecer às vezes fica uma semana o paciente aguardando parecer e isso também é muito desgastante, fica com o paciente, não resolve o problema e o paciente fica aguardando, ocupando espaço e esse acúmulo de pacientes é um estresse porque você vê tudo cheio e tem que botar mais pacientes e não tem espaço. Então acho que é o grande problema desta emergência é você não ter apoio. Quando alguém precisa da emergência eles mandam para cá e não querem saber, agora quando a emergência pede a ajuda deles a coisa é mais difícil. Então não tem esse vai e volta, não é, só tem uma ida. Todo o mundo joga para cá mas na hora de vir ajudar a emergência ninguém vem, então eu acho que isso é o grande problema dessa emergência que se tivesse um apoio maior, o pessoal vindo atender, o pessoal tendo mais respeito pelos médicos da emergência, porque muita gente acha que aqui são superiores aos médicos, às vezes a gente tem que escutar coisas aqui que não deveria escutar coisas de colegas, porque ninguém aqui é empregado, ninguém aqui é superior a ninguém, não tem escala hierárquica, é tudo médico igual e às vezes tem que escutar isso aí. Então eu acho que isso é a pior coisa que tem nessa emergência é isso. (Médico 4)

Os casos emergentes, a emergência em si é sempre o local mais desleixado, onde o conforto dos funcionários é ruim, onde as instalações realmente são ruins, há falta, às vezes, de recursos. O nosso hospital é um hospital universitário então a gente tem melhores condições que em alguns outros hospitais, muitos não tem recursos adequados, não é? E o próprio ambiente que ao mesmo tempo que atrai a falta de rotinas e monotonia, tudo muda rápido, é um ambiente estressante porque é as situações críticas não é? O paciente que entra aqui geralmente é um paciente em condições críticas não é? (Médico 3)

No decorrer deste capítulo são apresentadas as principais situações de conflito que foram percebidas no decorrer da observação efetuada e nas entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa. No entanto é importante salientar que estas não se esgotam aqui e que outras poderão estar presentes na emergência estudada. Nem sempre é fácil reconhecer o conflito e por vezes é mais confortável negar ou omitir a sua existência. É necessário ressaltar mais uma vez que muitos dos conflitos

vivenciados no cotidiano poderão não aparecer no discurso e serem omitidos por diversos motivos tais como vergonha, medo, corporativismo e falta de reflexão e conhecimento acerca da temática.

Contudo, e apesar da complexidade que caracteriza as tensões e divergências, a influência negativa do conflito nas organizações é largamente reconhecida. De modo geral, é dada ao conflito uma conotação negativa, sendo associado com discussões, disputas e violência (MOSCOVICI, 1997). O conflito é muitas vezes associado ao mau funcionamento das organizações e à ineficácia das mesmas.

Nas instituições de saúde a associação do conflito a algo negativo e prejudicial para o processo de trabalho também se verifica. Essa associação é ainda maior em unidades críticas, como é o caso dos serviços de emergência. Nessas unidades o grande fluxo de usuários e a necessidade de prestar cuidados com rapidez e eficácia fazem com que o conflito seja indesejável, pois não existe tempo para administrá-lo adequadamente. O reconhecimento da influência do conflito está presente no discurso dos participantes desta pesquisa, como demonstrado anteriormente. Associado ao conflito aparece frequentemente o estresse, podendo ser considerado como conseqüência do conflito ou como fator potencializador da influência do mesmo.

No que se refere ao processo de trabalho e ao bem-estar dos trabalhadores da equipe de saúde o conflito tem influência negativa na medida em que aumenta o estresse e a carga psíquica do trabalho a que os profissionais são sujeitos.

Com certeza, o local fica um pouco mais pesado. Quando tens uma equipe que trabalha tranqüila, não há atritos interpessoais, não há atritos individuais mesmo entre pessoas, o trabalho acaba fluindo melhor. Porque a pressão externa do paciente sempre vai existir, agora se você tem pressão externa e mais dentro problemas de relacionamento, aí o trabalho fica terrível. (Médico 3)

Interfere, interfere [o conflito] porque tu estás com uma equipe que às vezes não colabora muito, às vezes não é nem todo mundo, é uma só que faz aquela, às vezes interfere sim (...). (Técnico 3)

A influência negativa do conflito na assistência prestada aos usuários também é apontada, embora apareça minimizada pela capacidade profissional dos trabalhadores

e pela dedicação da equipe. O esforço da equipe parece conseguir superar muitas das dificuldades existentes, minimizando a influência desses problemas na assistência prestada aos usuários.

Existem momentos que eu vejo que é prejudicada sim [a assistência], pelo estresse do funcionário ele acaba estressando o cliente, existe momentos em que não acontece isso. Quando é que acontece isso que eu noto? Quando o paciente não é realmente um paciente da emergência, eu noto isso. Quando o paciente é grave a assistência não é prejudicada em nada porque a gente tem um objetivo, uma meta. (Enfermeiro 1)

Eu considero os profissionais aqui da emergência, a maioria muito bons, muito dedicados, esforçados, fazem de tudo para conseguir fazer o melhor. Claro que toda a regra tem exceção né? Mas a maioria tem esse espírito colaborativo. Mas é lógico que tem momentos que o estresse, o cansaço e o conflito fazem a pessoa desequilibrar um pouco. (Enfermeiro 2)

Olha eu não sei, não posso te dizer assim falando da equipe, falando de mim pessoalmente, se eu tive problema com alguém o meu problema com aquela pessoa vai ser exclusivamente com aquela pessoa, pode até depois cobrar uma coisinha àquela pessoa mas a minha qualidade no trabalho vai continuar o mesmo. (Técnico 2)

O conflito pode ser bastante prejudicial para os profissionais de saúde, para os usuários e mesmo para as chefias dos serviços. Contudo, e com base na visão interacionista, apresentada no referencial teórico, nem todos os conflitos são prejudiciais e negativos. A caracterização do conflito como positivo ou negativo vai variar muito, dependendo do tipo, da frequência, e da capacidade dos sujeitos para o administrarem.

Perante todas as dificuldades que enfrentam no dia-a-dia alguns dos profissionais classificam o trabalho na emergência como cansativo e temporário. Parecem acreditar que o trabalho na emergência é desgastante demais para ser efetuado de forma prolongada e para se constituir no local onde a carreira profissional é construída.

(...) eu acho que o profissional não agüenta trabalhar muito tempo aqui, tem que depois tirar porque senão, até para a própria cabeça da pessoa... (Enfermeiro 5)

Mas realmente não é um trabalho que vai querer ficar fazendo a tua vida inteira, é por um tempo, para dar uma experiência maior. Então não é um

trabalho que envolva para que queiras ficar fazendo o tempo todo, o resto da tua vida esse trabalho, pelo menos para mim não. (Médico 5)

São profissionais que são admitidos em concurso publico e acabam na unidade de emergência sem experiência prévia, sem treinamento e sem o curso de trauma (...). Geralmente são profissionais que a unidade de emergência é o chão de fábrica, é a primeira unidade em que são alocados aqui, depois eles fazem concurso interno para irem para outras unidades que julgam serem mais confortáveis, menos trabalhosas, outros estão ali porque gostam. (Assistente Social)

A observação efetuada e o convívio com os profissionais revelam que a grande maioria destes não trabalha na emergência por escolha pessoal, mas sim por ser uma oportunidade de emprego. A equipe é muito jovem o que também confirma a curta permanência dos profissionais no serviço. A emergência acaba por ser o local de trabalho dos profissionais mais novos na instituição que aí permanecem até conseguirem colocação em outro serviço que se ajuste mais às suas pretensões pessoais. Assim, um trabalho de grande complexidade que exige formação específica dos profissionais, acaba por ser realizado pelos trabalhadores menos experientes da instituição e sem formação específica.

Os profissionais de saúde têm consciência que o seu trabalho é inadequado, o que pesa negativamente na sua subjetividade. Por sua vez os usuários, mais que ninguém, sabem que o atendimento recebido é insatisfatório (CECILIO, 1997). Assim os trabalhadores vivenciam um conflito entre o esperado e o real, ou seja, a assistência que idealizam é diferente da que conseguem prestar na realidade o que causa frustração e sofrimento.

De acordo com Dejours (1992), em determinadas condições emerge o sofrimento que pode ser relacionado ao choque entre a história individual, que engloba projetos, esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. É um sofrimento de natureza mental que começa quando o homem, no trabalho, já não pode modificar as tarefas no sentido de torná-las mais conforme os seus desejos e necessidades.

Alguns profissionais acabam por permanecer por um período prolongado na emergência mas estes são uma minoria. De acordo com Deslandes (2000), permanecer como profissional de emergência exige forte identificação com esse setor. Passar pela emergência é comum mas para ficar é necessário gostar. A emergência exige o desenvolvimento de laços, de um perfil e de defesas que permitam a permanência no setor.

5.3 Aspectos positivos do conflito e do trabalho em emergência

Esta categoria visa apresentar a influência positiva que o conflito pode ter no processo de trabalho e na assistência, bem como as fontes de satisfação e prazer no trabalho. Discute também a possibilidade e a capacidade dos trabalhadores lidarem com o conflito. Encontra-se dividida em duas subcategorias.

5.3.1 A influência positiva do conflito e o prazer no trabalho

As pessoas têm alguma dificuldade em associar o conflito a algo positivo e benéfico. Contudo, de acordo com Robbins (2002), em várias situações o conflito pode ter um resultado construtivo. Segundo o autor este resultado positivo ocorre com conflitos inerentes às tarefas ou aos processos de trabalho e quase nunca com conflitos de caráter pessoal.

Na fala de alguns dos profissionais que atuam no serviço de emergência estudado denota-se o reconhecimento destes aspectos positivos inerentes ao conflito que são referidos na literatura.

Não, eu acho que tem algumas coisas positivas, às vezes é numa discussão que você consegue observar coisas que no dia-a-dia não dá muito tempo de você perceber. Às vezes a coisa chega a um ponto que você tem que tomar uma atitude. E às vezes é exatamente nesse momento que as pessoas conseguem colocar para fora, assim, o que estão pensando e às vezes não colocam. (Enfermeira 2)

Eu acredito que se o profissional souber tirar [proveito] né? Sempre o conflito acaba gerando alguma coisa, assim, de positiva porque faz pensar,

faz refletir, não é? O outro olha para ti. Pelo menos se acontece comigo eu sempre procuro tentar realmente [analisar] se eu estou errada, o que é que eu fiz, o que é que eu posso melhorar, e até se eu vejo que estou errado eu chego para o colega e falo, então isso é bom para o crescimento. Mas só que lógico, depende muito da pessoa, e como a pessoa vê isso. (Enfermeira 3)

Às vezes eu acho que [o conflito] dá para a gente refletir (...), a gente se colocar com um pouco de simpatia e se colocar no lugar do outro. E tentar perceber o que o outro pensa (...). (Técnico 1)

Eu acho que o conflito sempre gera mudança e transformação. A partir do momento em que eu tenho um conflito eu tenho que saber qual o trato técnico que eu vou dar para ele. (Assistente Social)

Os profissionais reconhecem como influência positiva do conflito no processo de trabalho, e na assistência, a reflexão e a possibilidade de ocorrerem mudanças que as divergências e as discordâncias permitem. Acreditam que se bem administrados os conflitos podem impulsionar o trabalho positivamente, tornando-o mais colaborativo e prazeroso, o que poderá ter conseqüências positivas na assistência aos usuários.

Esta visão é corroborada por Bowditch e Buono (1997), ao afirmarem que o conflito pode levar a idéias sobre novas formas de abordar problemas. Estes autores defendem, ainda, que o conflito permite que as pessoas ponham à prova as suas capacidades e a criatividade no sentido de lidar com os problemas da organização em que se encontram inseridas.

Os profissionais apontam ainda para a necessidade de aprender com os conflitos e com os problemas que acontecem no dia-a-dia da prática profissional.

É o que tem que acontecer não é? Eu acho que quando a gente acaba tendo um problema é o momento de refletir, teve um problema vamos mudar e não vai ser mais assim. (Técnico 2)

Os dados apresentados revelam alguma conscientização acerca da necessidade de transformar os conflitos em algo construtivo. Percebe-se que o conflito é visto por

alguns dos profissionais como o que Robbins (2002) denomina como “um antídoto para a estagnação e para o pensamento grupal”.

A existência de conflitos pode evitar o conformismo com as práticas convencionais sociais, organizacionais e grupais, com o fato de pertencer a um grupo, o chamado *esprit de corp*. Permite que os padrões vigentes sejam continuamente desafiados evitando a estagnação e a deterioração. Contudo, isto só ocorre se os conflitos forem encarados de forma criativa, numa tentativa de solucionar os problemas e não como uma forma de contestação negativista que nada constrói e gera antagonismos, hostilidades e crises (MOSCOVICI, 1997). Se encarados de forma criativa podem romper o equilíbrio da rotina, mobilizar energia latente, desafiar a acomodação de idéias, revelar problemas escondidos, aguçar a percepção e o raciocínio e estimular a imaginação e a criatividade para soluções originais (MOSCOVICI, 2003).

O conflito, se reconhecido e bem administrado, pode impulsionar a mudança e a transformação no processo de trabalho em saúde com vista a torná-lo mais prazeroso. O trabalho enquanto atividade humana não pode ser reduzido a um processo alienante onde o trabalhador se limita a cumprir normas e prescrições (SCHWARTZ, 2000). O trabalho compreende a subjetividade de cada sujeito e pode ser fonte de sofrimento e de fadiga para uns enquanto que para outros é fonte de prazer e de equilíbrio.

Assim, para além dos aspetos negativos, muitas das vezes associados ao conflito ou na origem dos conflitos e que geram sofrimento para os trabalhadores, o trabalho no serviço de emergência apresenta também diversos aspetos positivos que se constituem em fontes de prazer e satisfação.

Os profissionais de saúde participantes do estudo apontam como principais fontes de prazer e satisfação no trabalho em emergência a possibilidade de ajudar os usuários, a possibilidade de exercer a profissão na plenitude, a dinâmica do serviço e a pouca existência de rotinas.

No que se refere à possibilidade de ajudar os usuários, valorizam o alívio da dor e do sofrimento das pessoas que atendem e a atuação em situações de emergência em que conseguem salvar vidas. Denota-se que esta possibilidade se constitui na maior fonte de prazer no trabalho em emergência. Apesar do estresse que lidar com dor,

sofrimento e morte envolvem, as situações em que a equipe tem sucesso acabam por ser muito gratificantes para os profissionais que se sentem realizados.

O que é positivo assim, lógico, tem muito paciente que chega com dor, chegam mal e que a gente vê melhorar com o nosso cuidado, com o nosso atendimento. Outros não, lógico, outros ou vão para a UTI, ou vão para as unidades ou até óbito, mas a gente sabe que é o natural até. (Enfermeiro 3)

Mas de positivo acho que a possibilidade de estar ajudando o próximo acho que isso é o mais gratificante, porque as pessoas elas vêm aqui com o intuito que a gente resolva o problema que elas estão naquele momento (...) Às vezes aquela pessoa é só mais uma no mundo inteiro, mas para aquela pessoa ela vê a gente como um mundo que pode resolver o problema então acho que isso na maioria das vezes é gratificante, né? A possibilidade de tu ajudar o próximo acho que na verdade é isso que move a gente a estar na saúde. (Enfermeiro 4)

Mas o que motiva é tu veres, é uma coisa boa de se ver, na emergência se vê muito bem isso, pega um paciente politraumatizado, pega um paciente com uma afecção aguda abdominal, o que seja, e tu trata e tu vê resultado nisso e isso é bom, consegues ver o resultado do teu trabalho, para a população pobre que é a que mais procura o hospital. (Médico 2)

Então a grande alegria é quando chega um paciente grave que você consegue resolver, consegue salvar a vida dele e aí realmente nesse dia a coisa vale a pena. Você trabalha um mês para quem sabe um dia conseguir ter um dia bom. (Médico 4)

É assim, o que é mais compensador é quando a gente atende uma parada que a gente consegue trazer ele de volta apesar de que depois fica aquela batalha por uma vaga em UTI aquela coisa, mas isso é reconfortante para a gente. A gente saber que foi ali agiu e trouxe-o de volta. (Técnico 2)

Nos depoimentos dos profissionais é notório o orgulho e a satisfação profissional de prestar cuidados resolutivos, capazes de salvar vidas perante a morte iminente. Há algum fascínio por essas situações que exigem o conjugar do saber teórico, da habilidade técnica e da utilização das tecnologias disponíveis. Está também patente certa incorporação de poder, o poder diferencial em relação às “pessoas comuns” que é o poder de salvar vidas. Positivamente, pode ser destacada, também, a solidariedade humana, a identificação com aspectos positivos do ser humano, tais como, a ajuda e a solidariedade.

A grande satisfação sentida pelos profissionais em poderem ajudar os usuários é também descrita por Oliveira et. al. (2004). Num estudo acerca da inserção dos

acadêmicos de enfermagem em uma unidade de emergência, os autores relatam como principais fontes de realização e de prazer no trabalho o sentimento de utilidade e a capacidade para resolver alguns problemas dos usuários.

Júnior e Ésther (2001), afirmam que o prazer no trabalho advém principalmente do fato de os profissionais poderem assistir diretamente os usuários, prestando cuidados, acompanhando a evolução clínica até à alta hospitalar. Por outro lado, o convívio com a dor e o sofrimento leva a conflitos, contradições e sofrimento.

As situações de urgência e emergência apresentam-se como bastante desafiadoras proporcionando realização plena quando terminam com êxito. Trabalhar arduamente para obter sucesso nas manobras de ressuscitação em uma parada cardíaca ou reverter um choque anafilático é considerado algo extraordinário, incrível sendo motivo de regozijo, prazer e satisfação no trabalho (JÚNIOR, ÉSTHER, 2001).

A possibilidade de exercer a profissão na plenitude é outro dos aspectos que surge como positivo. Trabalhar em unidades críticas, como a unidade de emergência, parece conferir uma valorização profissional maior e constituir-se numa fonte de realização pessoal.

De acordo com Carapinheiro (1998), os profissionais mais especializados e que atuam em serviços de ponta, como é o caso da emergência ou das Unidades de Tratamento Intensivo, acabam por serem mais valorizados pelos pares.

(...) como o serviço é dinâmico, tu consegues organizar bem o serviço então eu me identifiquei bastante com o setor porque eu gosto de coisas assim dinâmicas, não gosto de um ambiente muito parado. Então nesse sentido eu me senti bem e acabei gostando de estar aqui. (Enfermeiro 4)

A gente, como cirurgião a gente gosta de atender paciente politraumatizado, atender pacientes que está com quadros emergenciais. Se tu passas a atender só paciente eletivo a tua atividade como médico fica bem limitada não é. Faz parte da tua formação e faz parte exercê-la na amplitude. (Médico 2)

Motivos positivos é a oportunidade de operar, como eu sou cirurgião, diversas situações diferentes que na clínica privada você não acaba operando, então é isso de diferente (...). (Médico 5)

Associada a essa valorização surge também o reconhecimento de que a emergência é uma grande escola profissional e que prepara os profissionais para atuar em qualquer tipo de trabalho, em qualquer setor. Possibilita acumular experiência e tarimba no exercício profissional. É um lugar privilegiado para continuar aprendendo e trocando conhecimentos com colegas mais experientes.

O lado mais positivo que é a habilidade, a habilidade técnica que tu adquires. Eu acho que todo o mundo que trabalha aqui consegue trabalhar em qualquer outro setor depois, tu adquires muita habilidade, muita habilidade (...). (Enfermeiro 5)

Vim para cá e achei o serviço bem dinâmico, acho que é um local onde é importante para o enfermeiro, profissional enfermeiro porque tu consegues ter todas as práticas que tu aprendes na faculdade, tu consegues visualizar e executar, o que isso não é garantido em outras clinicas. (Enfermeiro 4)

A dinâmica do serviço e a pouca existência de rotinas surgem como um diferencial em relação aos serviços de internamento hospitalar que, habitualmente, são associados a trabalho mais rotinizado. Os profissionais valorizam a presença do novo e do diferente no processo de trabalho. Associam o novo e a inexistência de rotinas à imprevisibilidade que caracteriza o trabalho em emergência. Embora o imprevisto e o desconhecido possam também ser causadores de ansiedade, são valorizados porque quebram a rotina e a monotonia no trabalho, fazem aparecer o diferente e a subjetividade dos trabalhadores.

O que dá ânimo, dá objetivos de trabalhar na emergência, é você assim sempre se deparar com coisas novas e coisas assim de solução imediata numa emergência. (Médico 1)

Assim, a emergência é um lugar que não tem uma rotina no sentido em que as coisas elas acontecem muito rápido. O doente entra e sai, a cada momento é um diferente. Apesar de ser um ambiente estressante, é um ambiente desgastante, não é? É um lugar onde você não tem uma monotonia, tudo repetitivo, é tudo diferente, cada situação é diferente, cada doente é diferente, então eu acho que isso é uma das coisas que mais me atrai na emergência. (Médico 3)

Gosto mais da dinâmica do trabalho, sempre coisas diferentes, você nunca sabe o que vai chegar. (Técnico 4)

Não eu gosto porque não tem rotina, é uma coisa que envolve mais o atendimento com o público em si diretamente e não cai naquela rotina do dia-a-dia, então acho que é por isso. (Técnico 3)

(...) não tem muita rotina. A gente sempre está lidando com pacientes diferentes, aprende bastantes coisas. Então eu já trabalhei em pronto-atendimento só que é mais tranqüilo e aqui a emergência é mais agitado e dá para a gente atender bastantes coisas. (Auxiliar 2)

Para além dos aspetos positivos já descritos é referido pontualmente o apoio da direção do Hospital e o estímulo para o estudo e para a pesquisa. O fato de se tratar de um serviço de emergência que está inserido num hospital de ensino, num meio académico, parece favorecer também o desenvolvimento profissional e a educação continuada dos profissionais.

Constata-se que o trabalho na emergência é caracterizado por uma relação dialética entre prazer e sofrimento, entre frustração e êxito, onde o conflito pode ter influência negativa ou positiva. A complexidade do trabalho e o fato de ter como objeto seres humanos com carência de saúde ajuda a compreender e explicar esta relação dialética.

5.3.2 A possibilidade de lidar com o estresse e o conflito

De acordo com a visão interacionista, adotada no referencial teórico, o conflito não é necessariamente bom ou mau, positivo ou negativo. As conseqüências do conflito vão depender, principalmente, da forma como as oposições e divergências são administradas pelas pessoas. Assim, parece ser de grande importância a capacidade que, neste caso, os profissionais que atuam no serviço de emergência têm, ou não, para administrar o conflito.

Na observação efetuada no serviço de emergência e nas entrevistas realizadas, denota-se que os profissionais da emergência estudada não se sentem preparados para lidar com o estresse e os conflitos que acontecem quase diariamente.

Não, não estão nem um pouco preparadas. Não estão porque cada um tem uma personalidade diferente e se resalta mais a personalidade individual de cada um e aqui eles não se dão conta que aqui a gente tem que mudar um pouco a personalidade, não pode ser como a gente é em casa. (Enfermeira 1)

Não, não estão preparadas para lidar com o estresse e com os conflitos (...). (Enfermeira 3)

(...) vejo muita intranqüilidade entre os meus colegas pela incapacidade de lidar com a situação por falta de treino, pela ausência de conhecimento. Vejo ausência também no campo emocional onde é uma unidade vermelha, é uma unidade estressante onde não se preocupam em fazer um trabalho com esses servidores de forma que extravasem a sua condição de estresse e tenham como trabalhar numa condição equilibrada e defender os pacientes. (Assistente Social)

Os profissionais atribuem a incapacidade para lidar com o estresse e com os conflitos à falta de preparação e de apoio psicológico necessário devido à especificidade do trabalho em emergência. Na fala de alguns dos profissionais entrevistados é notório que estes gostariam de contar com apoio a este nível por parte da instituição.

A gente não tem nenhum tipo de amparo para isso. Porque além da gente ter todo esse conflito de grande número de pessoas e do espaço físico a gente atende os pacientes na urgência, é um paciente mais estressado, tem a gente que lidar com o maior número de mortes, maior número de pacientes graves. Mesmo assim a gente não recebe do hospital, isso é uma coisa que eu acho que é uma falha, nenhum amparo para isso, nenhum apoio, não recebemos nada. (Enfermeira 2)

(...) não tem nada assim para desabafar depois de um tempo de trabalho. (Enfermeiro 5)

Falta apoio. A capacidade do hospital é de sete leitos de observação e você já percebeu que aqui eles têm trinta às vezes então fica difícil, falta apoio da direção mesmo para fechar a emergência, mostrar que não há como entrar mais pacientes para dar um serviço de qualidade. E as pessoas precisam todo um preparo para atendimento ao público. (Técnico 4)

No discurso, a necessidade de suporte psicológico e de apoio para lidar com o cotidiano no serviço de emergência encontra-se bem presente. Contudo, esta

necessidade surge predominantemente no discurso da equipe de enfermagem não sendo tão valorizada pela equipe médica. Talvez esta necessidade seja mais sentida pela enfermagem porque, tal como um dos sujeitos da pesquisa afirma, a enfermagem se relaciona mais de perto com os usuários do serviço de emergência e assim tem um contato mais direto com a dor, o sofrimento e os conflitos que resultam em menor ou maior grau do relacionamento interpessoal.

Ao reconhecerem as dificuldades de lidar com o estresse e o conflito alguns dos participantes demonstram ter esperança na melhoria da situação atual. Apontam como estratégias para a melhoria o acompanhamento da equipe, o suporte psicológico e a conscientização para a temática.

Eu acredito que precisaria ter um acompanhamento para a equipe mesmo, trabalhadores de enfermagem, que é mais da ponta, é o que mais fica sobrecarregado com o estresse do paciente, com o estresse do familiar, que vive essa situação [de conflito] e não tem um suporte. Eu acho que o profissional precisaria ter um suporte psicológico para aprender a lidar com essas situações e até mesmo desabafar. Muitas vezes acontece o conflito porque ele está tão angustiado, ele está tão nervoso que explode, às vezes até não é nem por querer, é porque a situação já está num ponto que estoura assim. Então se fosse trabalhado, tivesse um acompanhamento, tivesse um serviço que desse esse apoio, com certeza ia refletir também no atendimento do paciente. Tanto o relacionamento da equipe ia melhorar quanto o atendimento ao paciente. (Enfermeiro 3)

Eu acho que poderia ter como melhorar, até nós já conversamos entre a chefia, de fazer um trabalho com a equipe (...) porque às vezes é inconsciente, eu me dou conta disso mas eu vejo que tem muita gente que já trabalha há anos aqui na emergência que ainda não se deu conta. Não pensa, acha que é, sei lá, não se dão conta que faz parte do sistema de emergência e que se a gente pensasse melhorar né? Se a gente pensasse seria melhor para todos. Então assim, eu acho que seria muito válido, tem como melhorar, tem como diminuir, porque no momento que a pessoa se torna consciente que existe um problema ela pode resolvê-lo, sem ela ter consciência do problema, ela nunca vai resolver esse problema, ela vai só piorar. Então acho que de repente esse trabalho é importante por quê? Para tornar algumas pessoas conscientes que é uma coisa geral, que é uma coisa que faz parte do dia-a-dia da urgência e emergência. (Enfermeiro 1)

A dinâmica das organizações acaba por ignorar a valorização pessoal e profissional dos trabalhadores que nela atuam que assim sentem falta de espaços onde lhes seja possível manifestarem sua subjetividade (MATOS, 2002).

Alguns dos membros da equipe de enfermagem atribuem grande importância à capacitação para lidar com o estresse e o conflito. Afirmam mesmo que essa capacitação poderia melhorar não só o relacionamento da equipe mas também o próprio atendimento aos usuários do serviço de emergência. Apontam para a necessidade de iniciativas de formação ou de pesquisa, de espaços de discussão, que conscientizem a equipe de saúde para esta temática.

Esta necessidade de capacitação para lidar com conflito é também apontada por outros estudos como o de Saulo e Wagner (2000), de acordo com o qual, a não capacitação para lidar com o conflito pode ter alto custo para as organizações de saúde e um impacto muito negativo na saúde dos trabalhadores e na qualidade da assistência prestada aos usuários.

Aprender a gerenciar os conflitos pode ser um trabalho difícil mas é a forma que poderá proporcionar bons resultados e fazer com que os conflitos trabalhem a favor dos indivíduos e da organização como um todo (BIANCHI, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de estudar o conflito no processo de trabalho de uma equipe de emergência surgiu de inquietações advindas da minha prática profissional e evidencia a minha preocupação com as relações interpessoais que se estabelecem no trabalho em saúde, seja entre profissionais de saúde, seja entre estes e os usuários. A revisão da literatura demonstrou que as minhas crenças a respeito da importância de estudar e entender as situações de conflito existentes no trabalho em saúde eram compartilhadas com estudiosos de diversos países. Os conflitos podem influenciar o bem-estar dos trabalhadores e a qualidade da assistência que é prestada e não são fatos isolados ou circunstanciados a determinadas realidades ou países. Assim, decidi realizar esta pesquisa com a certeza de que o trabalho a desenvolver seria desafiante pois nem sempre é fácil discutir e desvelar as contradições e os conflitos vivenciados pelos seres humanos, em sua complexidade.

Partindo deste pensamento delimito como problema de pesquisa a questão: Que situações de conflito envolvendo profissionais de saúde ocorrem na prática assistencial num serviço de urgência/ emergência?

Neste sentido, este trabalho procurou analisar o processo de trabalho de uma equipe de saúde que atua num serviço de urgência/emergência identificando situações de conflito que influenciam a assistência e as relações de trabalho.

Para tal, optei por uma pesquisa qualitativa que englobou como técnicas de coleta de dados a observação sistemática e a realização de entrevistas semi-estruturadas. Estas duas técnicas de coleta de dados revelaram-se adequadas aos objetivos da pesquisa e complementares permitindo confrontar a visão do pesquisador com o discurso dos sujeitos da pesquisa.

Trabalhar com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e uma assistente social foi muito positivo e enriquecedor já que possibilitou obter

diferentes perspectivas sobre a temática. Profissionais de saúde com vivências diferentes e formações acadêmicas distintas, mas que necessitam trabalhar em conjunto para produzir cuidados de saúde para a população foram, assim, os sujeitos participantes do estudo desenvolvido.

Os resultados obtidos com a pesquisa desenvolvida permitiram compreender a organização e a divisão do trabalho no serviço estudado e sinalizaram para a necessidade do trabalho ser desenvolvido em equipe. Confirmaram a presença freqüente do conflito no processo de trabalho e permitiram conhecer as principais situações/ fatores de conflito. Os resultados permitem também afirmar que o conflito pode ter influência positiva ou negativa no processo de trabalho em emergência e na assistência prestada aos usuários. Essa influência depende do tipo de conflito e da forma como é administrado.

A organização e divisão do trabalho, no serviço estudado, mostrou-se permeada pela influência do modelo biomédico de entendimento do processo saúde-doença e pela fragmentação Taylorista. Cada profissional se preocupa com as suas funções ou tarefas e com a sua especialidade. Esta fragmentação mostrou-se mais visível na enfermagem, onde os trabalhadores de nível médio dividem entre si as tarefas a serem realizadas, sendo a gerência do trabalho efetuada pelo enfermeiro. No entanto, nas situações que envolvem risco de vida do usuário o trabalho é mais colaborativo, vislumbrando-se, mais claramente, um trabalho de equipe multiprofissional com certa aproximação ao olhar interdisciplinar. O objeto e a finalidade do trabalho são melhor identificados como de equipe e todos cooperam para obter o resultado esperado que é salvar a vida do usuário.

A necessidade e a importância de trabalhar em equipe são reconhecidas pelos profissionais que valorizam a dedicação dos colegas de trabalho mas que também apontam para a necessidade de compartilhar de forma mais efetiva as formas de alcançar o objetivo comum: a assistência de qualidade aos usuários.

Na complexidade do processo de trabalho da emergência o conflito revelou-se presente com uma freqüência considerável. A presença freqüente de tensões e contradições foi visível na observação do pesquisador e nas falas dos sujeitos entrevistados.

Como principais situações/ fatores de conflito, identificadas na emergência estudada, é possível apontar o contingente de demanda de trabalho, a inadequação do espaço físico, o duplo vínculo empregatício, as características de alguns trabalhadores (certa postura e características são mais geradoras de conflitos), a demora no atendimento, as relações interpessoais e as relações com os outros setores do hospital. Estas situações/ fatores não têm uma relação de causa-efeito com a existência de conflitos mas, isoladamente ou em associação, têm potencial para originar tensões, contradições e divergências.

Assim, o conflito não é um fenômeno isolado mas sim inerente ao próprio processo de trabalho e pode ter influência negativa ou positiva no bem-estar dos trabalhadores e na assistência. O conflito pode influenciar negativamente o trabalho da equipe de saúde contribuindo para o aumento da carga psíquica do trabalho e do estresse dos trabalhadores, contudo, dependendo da forma que é administrado e vivenciado pelo grupo, pode também promover a mudança, a criatividade e combater a estagnação e o conformismo.

A necessidade de saber lidar com o conflito, administrar as oposições e divergências que acontecem no dia-a-dia, foi bem notória nesta pesquisa. Os profissionais revelaram não sentir a equipe preparada para lidar com o conflito e destacaram a importância do apoio psicológico e da capacitação para lidar com o estresse e com as tensões, presentes no cotidiano no serviço de emergência. Neste sentido reclamam mais apoio e compreensão por parte da direção e dos outros setores do hospital.

Os resultados obtidos, e aqui sintetizados, são permeados pela expressão da subjetividade dos trabalhadores na sua análise acerca do trabalho no serviço de emergência, assim como no seu manejo dos conflitos, no sentido de percebê-los e/ ou encaminhá-los de forma a potencializar mais os aspectos positivos ou negativos, causadores de prazer ou de sofrimento. Tal como o conflito, o trabalho pode ser equilibrante e fonte de prazer ou desequilibrante e fonte de sofrimento. As cargas elevadas de trabalho e a inadequação do espaço físico para além de fontes potenciais de conflito aparecem como causadoras de sofrimento no trabalho. A possibilidade de

auxiliar outros seres humanos, aliviando-lhe a dor e o sofrimento ou salvando-os do risco iminente de morte é a principal fonte de prazer identificada no trabalho.

A organização do espaço físico, o estresse inerente ao trabalho com vidas humanas, a fragmentação do processo de trabalho, as diferentes características individuais dos trabalhadores, com crenças valores e objetivos distintos, a estrutura organizacional da instituição foram apontados, nos pressupostos deste trabalho, como fontes potenciais de conflito. Estes pressupostos encontraram confirmação e suporte na pesquisa desenvolvida que permite afirmar que o conflito é multifacetado e pode ser potencializado por diversos fatores/ situações, de forma isolada ou em associação.

A indefinição de competências dos profissionais na equipe, a comunicação interpessoal, também apontados nos pressupostos como possíveis fatores potencializadores de conflitos, não apareceram com tanto destaque nos resultados obtidos. Contudo, é de grande importância afirmar que este estudo apresenta um recorte da realidade e que outras situações e fatores de conflito podem estar presentes no serviço estudado. O conflito muitas vezes é negado ou não é assumido ficando escondido no interior das organizações. A negação do conflito pode ser muito prejudicial para a organização e para os trabalhadores. Neste sentido, estudar e desvelar as contradições existentes nos contextos de prestação de cuidados de saúde é de grande importância.

Acredito que os resultados desta pesquisa respondem à questão norteadora do trabalho e objetivos formulados e contribuem para o conhecimento a respeito da complexidade envolvida nas situações de conflito no processo de trabalho em emergência. Esses resultados também podem ser úteis para sensibilizar os profissionais que atuam nestes serviços para a presença do conflito e para a necessidade de capacitar-se para o manejo destas situações, no sentido de promover mudanças positivas e de minimizar os danos. O reconhecimento das tensões e das contradições deve ser o primeiro passo para que o conflito seja administrado com vista a possibilitar transformações positivas, ao invés de causar sofrimento nos trabalhadores e nos usuários dos serviços de saúde.

Tendo em conta a grande importância que a administração do conflito pode ter no trabalho em saúde, particularmente nos serviços de emergência, esta pesquisa

sinaliza também a importância de estudar as estratégias de administração de conflitos usadas pelos profissionais de saúde e aponta para a importância da capacitação dos profissionais de saúde na utilização de estratégias de administração de conflitos.

Penso que o trabalho desenvolvido, apesar de não ter um caráter generalizável, poderá contribuir para o melhor conhecimento dos conflitos que acontecem no trabalho em saúde, particularmente nos serviços de urgência e emergência. Esse conhecimento para além de contribuir para preencher uma lacuna do conhecimento poderá também ser utilizado na prática para enfrentar os conflitos que acontecem diariamente.

Outro aspecto que merece ser destacado é que os resultados de qualquer pesquisa dizem respeito ao cenário investigado e que a realidade é dinâmica, de modo que a mesma pesquisa realizada em outro cenário histórico-social, ou no mesmo local, em outro momento pode captar resultados diferentes. No caso do local investigado, um dos elementos significativos apontado pelos entrevistados, na causalidade dos conflitos foi a inadequação da área física. No entanto, ao finalizar este trabalho o serviço de emergência está funcionando em uma nova área física, organizada especialmente para este fim.

Na pesquisa social, se estabelecem relações e se estudam diversas dimensões da vida humana que é, permanentemente, mutável e resultante de dinâmica de movimentos sociais e das forças atuantes em cada sociedade dada.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, Maria. El Trabajo en enfermería. In: MACHADO, Maria Helena (org). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 149-182.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Resolução – RDC nº. 50**, de 21 de fevereiro de 2002.

BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n. 14, p. 534-9, jul./ago. 2006.

BIANCHI, José Renato. Conflito: a chave para o desenvolvimento pessoal e profissional. **Revista UNORP**, São José do Rio Preto, v. 2, n. 6, p. 18-25, set. 2003.

BORENSTEIN, Miriam. Süsskind. Poder da enfermagem no espaço hospitalar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 42-53, ago./dez. 2000.

BOSSAERT, L. L. **The complexity of comparing different EMS systems** - a survey of SEM sytems in Europe. *Annals of Emergency Medicine*, 1993, p. 122-125.

BOWDITCH, James; BUONO, Anthony F; **Elementos de Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1997. 305 p.

BRASIL, **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas esferas do SUS**. Ministério da Saúde (2005). Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf. Acesso em 12/05/06

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência – Regulamento técnico**. Portaria n.º 2048/GM, em 5 de Novembro de 2002. Disponível em: <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/samu/download/port2048.pdf>. Aceso em 12/05/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde/ Ministério da**

Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, MINISTÈRIO DA SAÚDE (MS), SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, 2000, p. 316-319. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000300018&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 17/03/2007.

BRITO, Jussara. Work and collective health: the point of view of activity and gender relations. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4. oct./dic. 2005, p.879-890. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400012&lng=ES&nrm=iso> Acesso em: 18 de Maio de 2006.

BRITO, Jussara. Saúde do trabalhador: Reflexões a partir da abordagem Ergológica. In FIGUEIREDO, Marcelo et al. (org). **Labirintos do trabalho** – interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho de equipes em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 229-266.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307p.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. 1996. 221f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e Poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998. 295 p.

CAVANAGH, Stephen. Conflict management style of staff nurses and nurses managers. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 16, n.10, p.1254-1260. 1991.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr. 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOREIRA, Maria Elisa. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 587-608, jul./ago. 2002.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209 p.

CEZAR, Eliene Simões; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 22, n.1, Rio de Janeiro, jan. 2006

CHIZZOTTI, António. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez editora, 2001. p. 89-106.

COX, Kathleen. The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. **Nursing Administration Quarterly**, v. 27, n. 2, p.153-163, apr. 2003.

DEJOURS, Christophe. A Carga Psíquica do Trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. Coordenação BETIOL, Maria Irene Stocco. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, p. 21-32.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez: Obore, 1992. 168p

DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no cotidiano dos serviços de emergências**: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

FARIAS, Luís Otávio. Interaction and conflict among professional categories in public hospitals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5. sept./oct. 2002, p.1229-1241. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abril 2006.

FERNS, Terry. Terminology, stereotypes and aggressive dynamics in the accident and emergency department. **Accident and Emergency Nursing**. v. 13, p. 238–246. 2005.

FORTE, Paula. The High cost of conflict. **Nursing Economics**, Pitman, v. 15, n.3, p.119-163, may./jun. 1997.

FORTIN, Marie-Fabienne. **O processo de investigação**: da concepção à realização. Lisboa: Lusociencia. 1999. 388 p.

FRANCISCO, Márcio Tadeu Ribeiro et al. Estilos de administração de conflito entre Enfermeiros (as): validação de instrumento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 4, p.577-590, out./dez, 1997.

GOMES, Alice. **Emergência: planejamento e organização da unidade**. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária. 1994. 128p.

JÚNIOR, José Humberto Viana Lima; ÉSTHER, Ângelo Brigato. Transições, prazer e dor no trabalho de Enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul./set. 2001.

JUSTICIA, Juan Muñoz. **Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5**. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2005. 118 p.

KANAANE, Roberto. **Comportamento humano nas organizações: o Homem rumo ao século XXI**. 2. ed., São Paulo: Atlas, 1999.131p.

KEENAN, Gail; COOKE Robert; HILLIS Stephen. Norms and nurse management of conflicts: keys to understanding nurse-physician collaboration. **Research in Nursing and Health**, Portland, v. 21, p. 59-72. 1998.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa Silva Carvalho. Difficulties experienced by the patient care team at the intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.145-150, mar./apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Maio de 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed., Florianópolis: UFSC/ Pós-graduação em Enfermagem, 2002. 294 p.

LIKERT, Rensis; LIKERT, Jane Gibson. **Administração de conflitos: novas abordagens**. São Paulo: McGraw-Hill, 1980. 393p.

LINDEKE, Linda; SIECKERT, Ann. Nurse-Physician Workplace Collaboration. **Online Journal of Issues in Nursing**. v. 10, n.1, jan. 2005. Disponível em: <www.nursingworld.org/ojin/topic26/tpc26_4.htm> Acesso em: 20 de Julho de 2006.

LUNARDI-FILHO Wilson Danilo, LUNARDI Valéria Lerch, SPRICIGO Jonas. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 91-96. Março, 2001.

MARQUES, Ana Sofia et al. Gestão de Conflitos em Instituições de Saúde. **Hospitalidade: Revista de Saúde Mental, relações humanas e problemas de marginalização**, Lisboa, v. 68, n. 264, p 6-12, abr./set. 2004.

MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol. **Administração e Liderança aplicada a Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477p.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 10. ed. São Paulo: Difel, v.1, 1985.

MATOS, Eliane. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na Enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 508-514, jul./set. 2006.

MCVIAR, Andrew. Workplace stress in nursing: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 44, n. 6, p. 633-642, dec. 2003.

MELO, Luciana Maria Cavalcante. **A compreensão dos pesquisadores de Odontologia sobre ética em pesquisa com seres humanos**. 2002. 137p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MICHAEL, Esquivel; BRIAN, Kleiner. The importance of conflict in work team effectiveness. **Team Performance Management**. v. 8, n. 3, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed., São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social. Teoria, Método, Criatividade**. 6. ed., Petrópolis: Vozes. 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Portaria n. 2607, de 10 de Dezembro de 2004. Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília-DF, janeiro de 2005.

MOSCOVICI, Fela. **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympo, 2003. 240 p.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: Treinamento em grupo**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympo, 1997. 276 p.

MOSCOVICI, Fela. **Renascença Organizacional**. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympo, 1996. 130 p.

NAZÁRIO, Nazaré Otília. **Fragmentos de uma construção do assistir em Situações de Emergência/ Urgência**, Florianópolis: Editora Insular, 1999. 136p.

OLIVEIRA, Elias Barbosa et. al. A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: A psicodinâmica do trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 179-85, 2004.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Grupo de Trabajo de Expertos en Políticas de Desarrollo de Sistemas Nacionales de Servicios de Urgencia Médica. México: Série Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 de Abril 2006.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como Ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 198 p.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253p.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Teresa (org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis, Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC: Ed. Papa-Livros, 1999, p. 25-48.

PIRES, Denise Elvira Pires. **Relationship Between New Technologies and the Health of Health Care Professionals: a Study in a Dutch Hospital**. (Pós-Doutorado) Florianópolis (SC) Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC; 2004.

PIRES, Denise; GELBECKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: Implicações no fazer dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.311-325, set. 2004.

ROBBINS, Stephen Paul. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 637p.

RODIRGUEZ, Javier Morillo. **Emergências**. 1. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. 2002. 309 p.

RONDEAU, Alain. A gestão dos conflitos nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (org). **O indivíduo na organização: Dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 206-225.

SAULO, Mileva; WAGNER, Robert. Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel. **The American Journal of Managed Care**, Princeton, v. 6, n. 4, p.473-483. Apr, 2000.

SCHWARTZ, Yves. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Toulouse: Octâres, 2000.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. **Proposition de "Vocabulaire ergologique"**, 2001. Disponível em : <http://www.ergologie.com/>. Acesso em 4 de Maio de 2006.

SILVA, Júnior Annor da. Conflitos Interpessoais na organização. **Scientia**, Vila Velha, v. 2, n. 2, p.117-130, jul./dez. 2000.

SKJORSHAMMER, Morten. Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 15, n. 1, p.7-18, feb. 2001.

SKJORSHAMMER, Morten. Understanding conflicts between health professionals: a narrative approach. **Qualitative Health Research**. v. 12, n. 7, p.915-31, sep. 2002.

VERAS, Verônica Simone Dutra. **Aumento da Jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?** 2003. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

VIVAR, Cristina Garcia. Putting conflict management into practice: a nursing case study. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 14, n. 3, p.201-206, apr. 2006.

WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Cristina Maria. O Enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90. 2001.

WISINSKI, Jerry. **Como resolver conflitos no trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1994. 91p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Roteiro/Guia para Entrevista Semi-estruturada

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, profissão, tempo de trabalho como profissional, tempo de trabalho na instituição.
- 2) Gostaria por começar pedindo-lhe que me falasse um pouco sobre o seu trabalho aqui neste serviço.
 - a) Porque você veio trabalhar neste hospital e no Serviço de Emergência?
 - b) Você gosta do trabalho em Emergência? Porquê?
 - c) Pense no seu dia de trabalho, nas relações com a equipe, com outros setores do hospital, com as chefias e com os usuários e familiares (aspectos positivos e negativos).
- 3) Durante o seu trabalho ocorrem situações de conflito (de oposição e discordância) entre os diversos elementos da equipe de saúde? Em que situações é mais freqüente que isso aconteça? Com quem ocorrem estes conflitos (colegas da mesma categoria profissional, com outros profissionais, com as chefias, com as equipes de apoio, com usuários e familiares)? Por favor fale destas situações, dê exemplos e fale da influência/conseqüências destes conflitos em seu trabalho (positivos e negativos), tanto em relação a você, pessoalmente quanto para o serviço.
- 4) Na sua perspectiva quais são os fatores ou causas que levam a que os conflitos ocorram?
- 5) Esses conflitos têm influência nas relações da equipe de saúde? Que tipo de influência?
- 6) De que forma os conflitos e divergências que ocorrem entre a equipe multiprofissional influenciam/condicionam a assistência que é prestada aos usuários do serviço de Urgência/Emergência?
- 7) Na sua opinião os conflitos levam a mudanças nas práticas assistenciais e à reflexão e discussão entre os profissionais de saúde ou, por outro, lado apenas dificultam o trabalho em equipe?
- 8) Considerando-se os conflitos que você observa no seu dia-a-dia profissional, você pensa que são necessários ou evitáveis? Seria mais benéfico que a freqüência desses conflitos diminuísse ou aumentasse? Porquê?
- 9) Existe mais alguma coisa a respeito das situações de conflito que ocorrem no seu trabalho e no trabalho da equipe de saúde que você gostaria de colocar?

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O meu nome é Paulo Almeida e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Análise do Processo de trabalho de uma equipe de Saúde identificando situações de conflito que interferem na prática assistencial”.

Tenho como objetivo geral “Analisar o processo de trabalho de uma equipe de saúde que atua num serviço de Urgência/Emergência identificando situações de conflito que interferem positiva e negativamente na assistência, e nas relações de trabalho”.

Acredito que a partir do conhecimento dos fatores e situações desencadeadoras de conflito entre os profissionais de saúde, da unidade de Urgência/Emergência, será possível melhorar a assistência prestada aos usuários e a satisfação dos próprios trabalhadores. O conhecimento destes fatores poderá permitir uma maior capacitação dos trabalhadores para lidarem com as oposições e incompatibilidades que surgem diariamente e que afetam as relações na equipe de saúde e a qualidade da assistência prestada por esta.

Este documento tem como finalidade obter o seu consentimento para participar desta pesquisa que irei desenvolver no Serviço de Emergência do Hospital Universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina. Para o desenvolvimento da pesquisa necessito o seu consentimento para participar de entrevistas, bem como de sua autorização para observação do trabalho realizado pela equipe.

O estudo será realizado em dois momentos: observação sistemática do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e realização de entrevistas individuais aos membros da equipe.

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que, os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento. A qualquer momento lhe é garantido o direito de desistir da participação no estudo ou de não responder às questões colocadas.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo, pessoalmente, através do celular (48) 96281286 ou através do e-mail paulo@nfr.ufsc.br. As informações coletadas serão utilizadas em minha Dissertação de Mestrado, e, eventualmente, na publicação em livros, em periódicos científicos e/ou divulgação em eventos científicos. Desde já, agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos e uma melhor compreensão das relações de trabalho no âmbito da saúde.

Paulo Jorge dos Santos Almeida
Mestrando

Dra. Denise Pires
Orientadora

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Análise do Processo de trabalho de uma equipe de Saúde identificando situações de conflito que interferem na prática assistencial” e aceito participar na mesma desde que respeitadas as condições acima referidas.

_____ De _____ de _____.

Assinatura: _____ RG: _____