

Dilemas e angústias de enfermeiros plantonistas evidenciados em grupo focal

DILEMMAS AND AFFLICTIONS OF DUTY NURSES EVIDENCED IN FOCAL GROUP

DILEMAS Y ANGUSTIAS DE ENFERMEROS DE GUARDIA EVIDENCIADOS EN UN GRUPO FOCAL

Heloisa Wey Berti¹, Jairo Aparecido Ayres², Maria José dos Reis Lima³, Renata Wey Berti Mendes⁴

RESUMO

A finalidade deste estudo foi desenvolver reflexão crítica sobre a experiência de enfermeiros plantonistas. Os objetivos foram: apreender como os enfermeiros plantonistas descrevem e interpretam seus conhecimentos e experiências sobre esta realidade; e refletir sobre possíveis caminhos para a superação dos problemas identificados. Este estudo foi qualitativo, utilizando-se a técnica de *grupo focal*. O grupo foi formado por treze enfermeiros plantonistas. O referencial metodológico foi o do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram identificadas importantes dificuldades para a construção do trabalho coletivo e solidário: incompreensões entre o pessoal de enfermagem; entre enfermagem e outros profissionais que atuam no hospital; falta ou inadequação de materiais para a prestação de assistência; e ausência de apoio, dentre outras. Verificou-se a pertinência da criação de espaços comunicativos e de reflexão, visando o fortalecimento do coletivo profissional e a redução das angústias no trabalho do enfermeiro plantonista.

DESCRITORES

Enfermagem.
Prática profissional.
Assistência hospitalar.

ABSTRACT

The aim of this study was to critically reflect on the experiences of duty nurses. The objectives were: to learn how duty nurses described and interpreted their knowledge and experiences about this reality; and to reflect about possible ways to overcome the identified problems. This is a qualitative study using the *focal-group* technique. The group consisted of thirteen duty nurses. The methodological framework was that of the Collective Subject's Discourse. Important difficulties were identified for both collective and solitary work: incomprehension among staff members; between nursing staff and other professionals working in the hospital; lack or inadequacy of materials for care provision; and perceived absence of support, among others. The relevance of creating opportunities for communication and reflection with the purpose of strengthening collective professional practice and reducing duty nurses' afflictions in the workplace was observed.

KEY WORDS

Nursing.
Professional practice.
Hospital care.

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue generar una reflexión crítica sobre la experiencia de enfermeros de guardia. Los objetivos fueron: aprender cómo los enfermeros de guardia describen e interpretan sus conocimientos y experiencias sobre tal realidad y hacer consideraciones sobre los posibles caminos para la superación de los problemas identificados. Este estudio fue cualitativo, utilizándose la técnica del *grupo focal*. El grupo fue formado por trece enfermeros de guardia. El referencial metodológico fue el del Discurso del Sujeto Colectivo. Fueron identificadas importantes dificultades para la construcción del trabajo colectivo y solidario: incompreensiones entre el personal de enfermería, entre enfermeros y otros profesionales que actúan en los hospitales, falta de materiales o carencia de aquellos adecuados para la correcta prestación de asistencia hospitalaria, ausencia de respaldo, entre otras. Se verificó la importancia de la creación de espacios para la comunicación y la reflexión, pretendiéndose el fortalecimiento del plantel profesional y la reducción de las angustias en el trabajo del enfermero de guardia.

DESCRIPTORES

Enfermería.
Práctica profesional.
Asistencia hospitalaria.

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP, Brasil. weybe@uol.com.br ² Enfermeiro. Doutor em Biologia Tropical. Professor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP, Brasil. ja_btu@superig.com.br ³ Enfermeira. Doutora em Biologia Tropical. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP, Brasil. mjrlima@uol.com.br ⁴ Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Psicóloga do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Piracicaba. Piracicaba, SP, Brasil. renatawbm@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros têm a responsabilidade do cuidado das pessoas, promovendo a qualidade de vida, prevenindo enfermidades ou ajudando-as a viver com limitações. Este compromisso requer permanente capacitação, desenvolvimento de consciência e sensibilidade ética para a tomada de decisões adequadas, em seu exercício profissional.

No desenvolvimento das ações de enfermagem, o enfermeiro assume diversos papéis, seja como coordenador da equipe de enfermagem, como supervisor da assistência prestada aos doentes ou ainda como executor dessa assistência.

Historicamente, no Brasil, o enfermeiro vem desempenhando, com maior ênfase, o papel de supervisor da assistência de enfermagem pela sua condição de líder da equipe, sendo considerado conhecedor de todo o processo de trabalho. Porém, esse papel nem sempre se apresenta claramente delimitado. Muitas vezes, a supervisão enfatiza o controle ou fiscalização do trabalho, prevendo registro de falhas e sanções, visando obter o máximo desempenho dos supervisionados, sem considerar as necessidades de cada membro da equipe. No entanto, a supervisão é um processo administrativo que busca promover a educação continuada a partir da orientação, sendo, o supervisor, co-responsável pelas ações que estão sendo desenvolvidas⁽¹⁾.

A estrutura dos serviços de enfermagem, por sua rígida hierarquização, muitas vezes leva o enfermeiro supervisor a exercer posturas autoritárias e centralizadoras, que acabam por comprometer o trabalho em equipe, inviabilizando a participação dos demais trabalhadores na tomada de decisões⁽¹⁾. Por outro lado, os enfermeiros vivenciam, no trabalho, relações de submissão e as reproduzem na relação com os membros das demais categorias: técnicos e auxiliares de enfermagem. Os baixos salários, o número reduzido de enfermeiros nas instituições hospitalares, a falta de material e de pessoal, tanto em número quanto em qualificação, vêm deteriorando as condições de trabalho e aumentando a insatisfação dos profissionais.

Atuando nesse cenário, o enfermeiro está assumindo tarefas mais complexas que lhe conferem o *status* de chefe e/ou supervisor, tendo que lidar, muitas vezes, com situações e/ou eventos adversos que exigem decisões para as quais, nem sempre, sente-se devidamente preparado.

São inúmeras as situações geradoras de conflitos entre os profissionais de saúde, as quais podem variar de acordo com o modo como os serviços estão estruturados, as condições de trabalho oferecidas para o exercício profissional e as concepções dos profissionais acerca do seu próprio papel e dos demais. São relações contraditórias e conflituosas. Confundem-se, muitas vezes, interesses pessoais, profissionais e institucionais.

É sabido que os enfermeiros questionam suas rotinas de trabalho, mas não se sentem com autonomia para mudá-las. Seu grau de liberdade ainda é restrito⁽²⁾.

Em nossa experiência profissional, abrangendo mais de 20 anos como enfermeiros, e também, como docentes de enfermagem, temos percebido tais contradições, o que tem nos levado à busca de compreensão mais ampla das causas dessas ambigüidades e dos dilemas vivenciados por enfermeiros em suas atividades de coordenação e supervisão da assistência, em especial, quando escalados como plantonistas.

Na instituição onde este estudo foi desenvolvido, diariamente no período noturno e em feriados ou finais de semana em todos os turnos de trabalho, devido à falta de profissionais em número suficiente para se ter pelo menos um enfermeiro em cada unidade do hospital, são escalados enfermeiros em regime de plantão remunerado, propiciando complementação salarial, com vistas à coordenação e supervisão da assistência de várias unidades ao mesmo tempo.

Assim, propusemo-nos a uma investigação envolvendo enfermeiros plantonistas de um hospital universitário para análise problematizadora dessa prática. Sua finalidade foi desenvolver reflexão crítica sobre essa atividade.

OBJETIVOS

Apreender de que forma os enfermeiros plantonistas, participantes do estudo, descrevem e interpretam a realidade de suas práticas, conhecimentos e experiências.

Refletir sobre possíveis caminhos para a superação de problemas identificados.

MÉTODO

O estudo foi qualitativo, utilizando-se a técnica de *grupo focal* para coleta de dados. *Grupo focal* é um grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo e em profundidade, revelando as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão. Parte-se do pressuposto de que a atividade grupal resulta em maior diversidade e profundidade de respostas, ou seja, mais informações, com maior riqueza de detalhes. A discussão ocorre por um período de mais ou menos duas horas, conduzida por um moderador (idealizador do estudo), com a presença de observadores externos (co-autores do estudo), em local com algum grau de privacidade. O registro da discussão é realizado, por escrito, pelos observadores e, também, por meio de fitas magnéticas⁽³⁾.

Todos os enfermeiros plantonistas foram convidados a fazer parte deste estudo, todos aceitaram o convite, portanto o grupo foi formado pelos 13 enfermeiros que exercem a função de plantonista nas diferentes áreas da instituição.

As reuniões se deram fora do ambiente de trabalho e nos dias e horários em que não se escalam plantonistas.

A coleta de dados foi feita em duas etapas, descritas a seguir.

Primeira etapa – esta etapa foi composta por duas sessões de coleta de dados, com duração aproximada de três horas cada uma.

Na primeira sessão, após as apresentações dos participantes e dos objetivos do estudo, as pessoas do grupo foram convidadas e estimuladas a falar sobre suas atividades nos plantões: suas experiências e dificuldades.

Na segunda sessão, após análise da reunião anterior, os participantes do grupo se propuseram a discutir sobre como tornar a atividade do plantonista mais agradável e menos desgastante ou estressante.

Após cada sessão, os autores realizavam a leitura das anotações, transcrição das gravações e elaboração dos instrumentos de análise.

Segunda etapa – nesta etapa houve uma sessão com o objetivo de apresentação do relatório do estudo aos participantes e validação dos dados obtidos.

Os dados foram organizados adotando-se a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo⁽⁴⁾. Foram destacadas do material coletado: as Idéias Centrais – fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos discursos; as Expressões-chave – trechos selecionados do material que melhor descrevem seu conteúdo; e, mediante o agrupamento das expressões-chave cujas idéias centrais apresentavam sentido semelhante ou complementar, foram elaborados os Discursos do Sujeito Coletivo.

A análise dos dados foi feita com base em referenciais da psicologia do trabalho e do trabalho em saúde e em enfermagem.

O projeto foi encaminhado à Diretora da Divisão Técnica de Enfermagem do Hospital, obtendo-se autorização para o desenvolvimento do estudo. Também foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Of. 25/2006). Os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Após a primeira sessão, feitas as transcrições, encontradas as idéias centrais, expressões-chave e organizados os discursos, foram identificados três temas/problemas que emergiram da questão proposta: – Na função de enfermeiros plantonistas, como vocês têm vivenciado essa experiência?

A seguir, são apresentados os temas relativos à primeira sessão, as Idéias Centrais e os Discursos. Para tornar possível a síntese deste estudo, viabilizando sua divulgação, não foi transcrito todo o discurso referente a cada uma das idéias centrais, mas apenas alguns recortes. Assim, em cada tema foi apresentado um único Discurso denominado de Síntese do Discurso Coletivo.

Tema 1 – Problemas com a equipe de enfermagem

Idéias Centrais

A – Os funcionários mais antigos têm certa proteção da instituição.

B – O funcionário mais antigo está habituado a tomar decisões.

C – Os funcionários pressupõem que nós iremos tomar o lugar deles.

D – Temos problema com funcionários que faltam ao trabalho.

E – Há funcionários que almejam certos privilégios.

F – Falar em remanejamento leva os funcionários a tirarem licença médica.

G – Temos confrontos entre funcionários que exercem a mesma função, porém com diferentes formas contratuais e salários.

H – A falta de comprometimento é também do enfermeiro gerente/responsável pela Unidade.

Síntese do Discurso do Sujeito Coletivo

Os funcionários mais antigos querem comandar o serviço e não respeitam os mais novos, nem seus próprios colegas, muito menos os enfermeiros de plantão que são novatos... Temos funcionários que faltam muito, tiram licenças... não têm compromisso com a assistência. Tem também aqueles funcionários contratados pela universidade que têm estabilidade e os que são contratados pela Fundação em caráter temporário e que ganham menos, mesmo fazendo as mesmas coisas ou até mais que os outros. Os funcionários da universidade inferiorizam os da Fundação. Isto traz muita dor de cabeça para a gente... e ainda tem os que, por alguma razão que não se sabe, ou não se pode dizer, desfrutam de certos privilégios aqui, nem sempre acatam as ordens do enfermeiro de plantão, a gente comunica, mas não acontece nada... Nossa maior dificuldade é ter que remanejar funcionário de uma enfermaria que está mais tranqüila para outra que está com falta de pessoal. Ninguém quer ser remanejado, o funcionário responde para a gente que se tiver que ir trabalhar em outra enfermaria ele vai embora e tira licença médica... E em quase todos os plantões isso acontece, é o que mais acaba com a gente. Até entendo que muitas vezes eles não querem ir porque nunca trabalharam naquele setor, não conhecem as rotinas de lá, nem aquele tipo de paciente e

por isso eles têm medo. Às vezes, quando eles ficam sabendo que poderão ser remanejados eles já tiram licença. E isto tudo acontece por causa dos faltosos... mas também das escalas mal feitas. Os enfermeiros responsáveis pelas Unidades nem sempre fazem escalas de pessoal adequadas e bem distribuídas para todos os plantões, eles têm a preocupação de garantir pessoal suficiente para os períodos em que eles estão trabalhando...

Tema 2 – Problemas com as outras equipes que atuam no hospital

Idéias Centrais

A – Nossos problemas são com a equipe médica, com os médicos residentes.

B – Médicos não aceitam e interferem em nossas decisões, mesmo aquelas relacionadas à nossa equipe de enfermagem.

C – Temos a pressão de médicos para apressar a saída de pacientes que estão de alta.

D – Temos problemas com outras equipes: Serviço Social, Serviço de Nutrição, Registro...

Síntese do Discurso do Sujeito Coletivo

A gente entra com frequência em conflito com a equipe médica e com os médicos residentes. Eles às vezes querem passar por cima das normas, querem comandar o pessoal de enfermagem, desconsiderando o nosso papel e a nossa presença... Quando cometem algum erro eles não aceitam bem que a gente mostre que estão errados, mas eles podem interferir no nosso trabalho, até nas escalas e nos remanejamentos de pessoal que temos que fazer, eles interferem... e tem ainda as pressões que eles fazem... fazem pressão para a gente providenciar a saída de pacientes que acabaram de dar alta para poderem internar o doente que mandaram chamar. Tem vezes que não dá para o paciente sair, ele precisa aguardar a família vir buscá-lo, então eles falam que a gente tem que resolver isso, por o paciente em algum cantinho, mas livrar o leito... Em algumas enfermarias tem médico-chefe que estabelece normas de horários de visitas e outras que a gente não concorda, mas quem é a gente para reclamar? Tem que o enfermeiro chefe da Unidade, que aqui é chamado de supervisor técnico de seção, ele tem que discutir isso e enfrentar o médico-chefe, não permitir algumas normas que vão contra a humanização. O enfermeiro plantonista tem também que fazer de tudo, inclusive aquilo que cabe aos outros profissionais como assistente social, nutricionista, porque eles não dão plantão ou dão plantão à distância, então, até a gente chamar a pessoa para vir aqui resolver, a gente acaba resolvendo. Com o pessoal do registro a coisa complica mais quando morre um paciente. Eles não têm preparo para dar a notícia para a família, daí, quem tem que receber a família que chega aqui revoltada somos nós...

Tema 3 – Problemas diversos que ocorrem nos plantões

Idéias Centrais

A – Há um sério problema de leito neste hospital porque, mesmo que o paciente já tenha saído de alta, continuam contando como se ele estivesse internado, para não internar emergências.

B – Problemas com falta de material e equipamentos ou com falta de manutenção dos mesmos são desgastantes.

C – A gente não tem uma retaguarda para nos orientar.

D – Temos problemas quando internam parentes de funcionários que não respeitam as normas do hospital.

E – Há problemas com grupos religiosos que interferem no tratamento de doentes.

F – São complicadas as situações com pacientes fugitivos ou presidiários.

G – Há acompanhantes de pacientes que requerem cuidados especiais e faltam condições para esse cuidado.

H – Às vezes há necessidade de abrir exceção às normas do hospital, porém isto gera muita crítica.

Síntese do Discurso do Sujeito Coletivo

Além de a gente ter que lidar com as interferências de toda ordem durante o plantão, com as normas que foram mal feitas e já deveriam ter sido mudadas, mas não foram, ainda tem o problema dos leitos ocupados, mas com as camas vagas... e a gente sabe que tem paciente lá fora, e até mesmo no Pronto Socorro, precisando de internação e falam que não tem leito vago. Se você for ver no Registro não tem mesmo, porque a alta do paciente não foi oficializada, mas o paciente já saiu do hospital, já está em casa. Só que para segurar a vaga para alguém, consta como se o paciente ainda estivesse internado... Mas, o mais estressante é quando tem um paciente grave precisando de respirador ou outro aparelho e você não encontra um que não esteja em uso com outro doente, ou quando encontra está quebrado aguardando manutenção há um bom tempo. Além de o problema ser muito grave para o paciente, é para a gente também, a gente é que é responsabilizada por tudo que acontece de ruim. Nosso trabalho é um eterno apagar de incêndio... o tempo todo... muita correria... Muitas vezes a gente fica perdida, não tem a quem recorrer, nós não temos uma retaguarda para nos orientar... Quando tem parentes de funcionários daqui mesmo internados é um outro problema, eles querem privilégios e ficam pressionando a gente... Já tive problemas com paciente que estava com cirurgia marcada e quis desistir porque duas mulheres do grupo de religiosos que visitam os doentes fizeram uma oração e disseram que ela já estava curada e não precisava mais fazer a cirurgia. Vira e mexe a gente tem problema com o grupo dos religiosos... e também com presidiários que precisam de vigilância policial o tempo todo

no quarto... os outros pacientes do mesmo quarto ficam apavorados e não têm privacidade, pedem para a gente dar um jeito de o soldado ficar do lado de fora, ou mudar de quarto, e a gente não consegue resolver isso. Tem paciente que tem direito a acompanhante devido seu estado ser grave. O problema é quando o acompanhante é idoso, ou tem alguma doença, ou deficiência e a gente tem que providenciar cuidado também para ele, como se já não tivesse pessoal em número insuficiente para cuidar dos internados. Pra ser sincero muitas vezes já abri muitas exceções porque achei que era o melhor para o doente. O duro é a crítica que vem depois e a ameaça de punição...

Na segunda seção do Grupo Focal, os enfermeiros plantonistas foram estimulados a falar sobre dois temas:

- O que é bom e agradável no plantão;
- O que poderia ser feito para que o plantão fosse menos desgastante ou mais compensador e agradável para o enfermeiro.

Tema 1 – O que é bom ou agradável no plantão

Idéias Centrais

A – Quando aprendo alguma coisa a mais para a minha atuação ou para a minha vida.

B – Quando se pode verificar que a assistência teve bom resultado.

C – É bom o convívio com outros colegas enfermeiros, com técnicos e auxiliares de enfermagem.

D – O bom é a experiência que a gente vai adquirindo nos enfrentamentos de problemas e, com ela, o respeito.

Síntese do Discurso do Sujeito Coletivo

Fico feliz quando aprendo alguma coisa a mais, seja para a minha atuação como enfermeira seja para a minha vida... Quando, depois de todo esforço que tive, vejo que as coisas deram certo, que os funcionários ficaram satisfeitos, que o paciente saiu de alta bem, isto é a minha recompensa... proporcionada pelo trabalho e os resultados favoráveis alcançados como fatores positivos no trabalho do plantonista. O que é bom é o convívio com colegas de trabalho, com as outras enfermeiras do plantão, com os técnicos, com os auxiliares... tudo o que a gente aprende, a competência que a gente vai ganhando... Com o tempo a gente vai ganhando experiência nos enfrentamentos que fazemos no plantão... Com a experiência a gente consegue ser mais respeitado...

Tema 2 – O que poderia ser feito para que o plantão fosse menos desgastante ou mais compensador e agradável para o enfermeiro

Idéias Centrais

A – Se cada um cumprisse o seu papel na sua função.

B – Se tivesse algo que me desse mais segurança para tomar decisões.

C – Se tivesse um lugar para descanso.

D – Se o trabalho fosse mais reconhecido e valorizado.

E – Ter melhor relacionamento com os pares e entre as diferentes equipes

F – Ter escalas de trabalho mais adequadas

G – Não existissem mais funcionários com diferentes tipos de contrato para a mesma função.

H – Ter passagem de plantão, ou agenda, ou computador para comunicação entre os enfermeiros chefes das unidades e os plantonistas.

I – Ter um sistema de segurança mais eficiente no hospital.

J – Ter equipamentos em quantidade e qualidade suficiente para o atendimento das necessidades

K – Os plantonistas terem maiores disposição e vontade para enfrentamentos com a administração no sentido de mudar o que está ruim ou errado.

Essas idéias estão contidas, de certa forma, nas demais já mencionadas. Assim, nesta última questão, optou-se por omitir a Síntese do DSC. Nas respostas a esta questão, as pessoas do grupo repensam os fatos relatados na reunião anterior, passando a refletir sobre eles e a relacionarem os itens que consideram importantes para serem revistos de forma que os plantões possam ser menos desgastantes.

DISCUSSÃO

Analisando a questão referente aos funcionários mais antigos e suas resistências aos mais novos, seria importante buscar melhor compreensão para tais posturas. Considera-se que o saber-fazer do trabalhador mais experiente é o que possibilita a re-criação de sua atividade, extrapolando normas estabelecidas que, em geral, engessam a tarefa. O inexperiente ainda não adquiriu essa competência tácita ou o saber-fazer prático, por isso, apóia-se em normas e procedimentos pré-estabelecidos. O conflito ocorre a partir do entendimento pelos experientes de que as normas, ou procedimentos, nem sempre funcionam, e da compreensão, pelos inexperientes, de que elas devem ser sempre estritamente seguidas⁽⁵⁻⁶⁾. Com um conflito dessa natureza, evidencia-se a precariedade das relações de trabalho em equipe e, assim, os profissionais de enfermagem passam a temer seus erros e conseqüentes punições, porque percebem não existir um coletivo que os protejam.

As ações da enfermagem, em uma Unidade de Internação, são sempre denominadas como atividades em equipe, resultantes do trabalho parcelado de muitos. No dia-a-dia, observam-se punições individuais mais que sanções coletivas, o que, nem sempre, é o mais adequado. Essa prá-

tica parece dificultar a formação de uma consciência coletiva e favorecer a individualização do trabalho.

Quanto às ausências ao serviço, atribuídas pelos enfermeiros à falta de compromisso com a assistência, merece menção um estudo sobre absenteísmo envolvendo trabalhadores de enfermagem, o qual sinalizou para a possibilidade dessas ausências ocorrerem devido a fatores relacionados às cargas psíquicas enfrentadas no ambiente de trabalho⁽⁷⁾. Nesse estudo, dentre outros fatores desencadeantes de sobrecarga psíquica, foram apontados o trabalho fragmentado em pequenas equipes e o trabalho solitário e distante das decisões político-administrativas. Assim, não é possível um raciocínio indutivo comum de se considerar, todo faltoso, um trabalhador irresponsável. Entretanto, esta é uma concepção, ou melhor, um preconceito fortemente vigente no meio hospitalar. Isto é pernicioso, uma vez que desvia a atenção das causas do absenteísmo, considerando apenas suas conseqüências para a assistência de enfermagem.

Outro aspecto a ser considerado na formação do coletivo é o equilíbrio na distribuição das tarefas e dos benefícios. Contratos e salários diferenciados, para a mesma função, constituem-se em formas injustas de administração dos recursos humanos. Esta prática iniciou-se nos hospitais públicos brasileiros, especialmente nos universitários, justificada pela falta de recursos estatais, obrigando-os à criação de fundações, com objetivos explícitos de garantir sua manutenção e aumentar a eficácia na prestação de serviços, mas também com o objetivo implícito de redução do papel do Estado⁽⁸⁾.

Os enfermeiros apontaram ainda as dificuldades que enfrentam quando há necessidade de remanejar (deslocar/transferir), em determinado plantão, um funcionário da Unidade em que ele trabalha, para outra mais necessitada de pessoal. Consideraram como causas dessa necessidade de remanejamento o absenteísmo e as escalas de trabalho mal elaboradas. Expressaram entender que, para um funcionário que bem conhece seu local de trabalho, com suas respectivas normas, rotinas, pacientes, tipos de cuidados, o fato de ter que prestar serviço de forma esporádica, em outra unidade, com outra equipe, é uma situação de estresse pelo medo do não saber-fazer. Relataram, inclusive, que há funcionários que faltam ao trabalho ou solicitam licença médica quando, anteriormente, ficam sabendo da possibilidade de serem remanejados temporariamente para outro setor.

O receio do não saber-fazer é natural nas pessoas, porém observa-se com frequência, nas enfermeiras do hospital, incompatibilidades entre objetivos a serem atingidos e meios disponíveis para tal. São condições que podem levar à perda do sentido do trabalho ou à *síndrome geral do sentimento de impotência*⁽⁸⁾.

Também são citados conflitos com equipe médica, denotando certa submissão ao seu poder. Os enfermeiros, por vezes, são cooptados a realizarem condutas nem sempre apropriadas. Seus relatos indicam que seus conflitos estão,

muitas vezes, ligados às normas e prescrições que não foram seguidas, ou que já deveriam ter sido mudadas e não o foram, além de certa disputa de poder entre as pessoas em posição de liderança e suas respectivas equipes.

Verifica-se a inexistência de uma equipe de saúde, embora o discurso referente ao objetivo comum, que é a recuperação do paciente, seja *moto-perpetum* nesta, como em outras instituições hospitalares.

Os diferentes profissionais, desenvolvendo trabalho fragmentado, nas diversas equipes, vão propiciando a *segmentação por corporação profissional*⁽⁹⁾. Essa disputa entre corporações é legítima, reconhecendo-se o direito de falarem e de ouvirem, porém os conteúdos dos diferentes discursos vão diferir segundo esferas de competência. Sabe-se da valorização do discurso acadêmico, especialmente nos hospitais universitários. Assim, a razão e o poder estarão legitimados, institucionalmente, aos detentores da competência da retórica acadêmica cientificista.

Identificou-se, no discurso dos enfermeiros plantonistas, o convívio cotidiano com situações de tensões, conflitos e angústias. A carência de recursos materiais para a assistência é rotineira nos hospitais brasileiros, necessitando, com frequência, de tomada de decisões, as quais podem acabar por prescindir de análise ética. Atualmente, discute-se a oportunidade de constituição, nos hospitais, de Comitês Multidisciplinares, de forma a respaldar os profissionais no que tange às questões de bioética em situações clínicas. Trata-se de uma iniciativa de grande importância, porque minimizará o desgaste do profissional que precisa tomar decisões, muitas vezes de modo solitário, as quais, nem sempre estão embasadas nos referenciais bioéticos, mas nos valores pessoais daquele que toma a decisão.

Outros relatos referem-se às situações também geradoras de ansiedades e temores nos enfermeiros plantonistas por não saberem lidar com todas essas adversidades e, principalmente, por não terem uma retaguarda que os protejam e que lhes possibilite refletir e elaborar de modo produtivo os problemas cotidianos.

O que dá sentido, para o trabalhador, é o desenvolvimento pessoal, profissional e coletivo, possibilitando ao sujeito sua inserção no mundo, o encontro consigo mesmo e com o outro⁽¹⁰⁾. É deste modo que o enfermeiro passa a se perceber mais do que um mero executor de tarefas, resgatando sua dimensão afetiva e, portanto, sua capacidade de afetar e de ser afetado, característica essencial de um cuidador.

Ao refletirem sobre possíveis caminhos para superação dos problemas identificados, os enfermeiros plantonistas expressam ter uma compreensão dos aspectos que podem ser melhorados e das transformações que necessitam ser realizadas. Eles solicitam medidas administrativas que atenem para aspectos de justiça, reconhecimento do seu trabalho, proteção para atuar com segurança nas diferentes

situações, melhoria do sistema de comunicação e dos recursos para a assistência.

As condições estruturais do trabalho, a baixa remuneração, dentre outros fatores, acabam por expor os enfermeiros a uma exaustiva carga de trabalho, desumanizando a produção da assistência⁽¹¹⁾. Para a humanização do cuidado, é preciso que se leve em conta a autonomia dos sujeitos envolvidos, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, considerando sua interdependência e complementaridade, a democratização das relações de trabalho e a valorização da dimensão subjetiva e social da assistência e do gerenciamento⁽¹²⁻¹³⁾.

As deficiências aqui apontadas implicam em trabalho penoso que, inclusive, gera agravos à saúde⁽¹⁴⁾. Logo, é necessário criar espaços nos quais todos possam participar, com igualdade de direitos, viabilizando o fortalecimento do coletivo profissional e minimizando os sofrimentos e angústias no trabalho do enfermeiro plantonista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou identificar importantes dificuldades para a construção do trabalho coletivo e solidário. Atuando no mesmo espaço e com os mesmos objetivos, as equipes não podem ser vistas como equipe única – equipe de saúde – mas como conjuntos com várias corporações, muitas vezes agindo com diferentes interesses. Os conflitos então decorrentes foram enfaticamente abordados no grupo focal e sinalizam para resistentes barreiras a serem vencidas. Ao mesmo tempo, as condições de trabalho e suas características, expressas como *um eterno apagar de incêndio*, denunciam o ritmo e o tempo acelerados do trabalho.

No DSC, pode-se notar que os enfermeiros plantonistas desenvolvem atividades mais direcionadas à administração de tensões e de conflitos advindos de problemas ligados à deficiente gestão de recursos humanos e materiais, adotada na instituição, e em proporção muito reduzida, às atividades de cuidado direto ou mais próximas ao paciente. Parece faltar-lhes tempo para o cuidado, seja ele direto com o paciente, seja o cuidado das relações profissionais e institucionais ou organizacionais, especialmente em sua dimensão afetiva de um compartilhar solidário com o paciente, família, comunidade e sociedade. Também se observa a falta de tempo e/ou espaço para um compartilhar de suas existências com seus companheiros de trabalho. Sobrevém, então, o sofrimento e/ou a alienação. Com o decorrer do tempo, acabam sendo desumanizados e institucionalizados. Ou seja, desenvolvem um tipo de relação de dependência com a instituição que repercute no exercí-

cio da sua autonomia. A vontade própria deixa de existir, submetida que está ao poder institucional. Tornam-se, tal como os robôs, meros cumpridores de ordens e tarefas, com prejuízos da dimensão subjetiva e da autodeterminação, em decorrência dos reduzidos limites de liberdade para a tomada de decisões. Como conseqüência, sua vulnerabilidade poderá se assemelhar à dos indivíduos que vivem em instituições fechadas.

Todas as adversidades evidenciadas neste estudo são barreiras que dificultam o fortalecimento do coletivo, indicando a necessidade de superação do corporativismo das categorias profissionais e dos modelos convencionais de gestão.

Para tanto, é de grande importância o papel desempenhado pelo enfermeiro em posição de gerência, consciente de que o trabalho gerencial inclui as dimensões técnico-científicas, ético-políticas, da comunicação e do desenvolvimento de cidadania. Ciente disto, uma gerência de enfermagem certamente tomará decisões compartilhadas com sua equipe, atenta às contribuições de todos os seus membros, fortalecendo o poder de reivindicação nas instâncias superiores, visando à melhoria do processo de trabalho, com impacto na assistência⁽¹⁵⁾.

É relevante, também, a responsabilidade dos gerentes de serviços de enfermagem relacionada ao dimensionamento de pessoal em observância à Resolução COFEN Nº 293/2004, que estabeleceu parâmetros para o cálculo do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. A essa resolução, soma-se a necessidade de cumprir com o disposto no artigo 16º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que trata da responsabilidade e do dever dos enfermeiros de garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança.

Concluindo, consideramos que a atividade de Grupo Focal desenvolvida no presente estudo, que contou com a participação de enfermeiros da academia e dos serviços, além de uma psicóloga, evidenciou ser muito proveitosa para uma reflexão mais profunda sobre o trabalho do enfermeiro plantonista e apontou essa estratégia – grupo focal – como bastante propícia à criação de espaços para o fortalecimento do coletivo.

Que todos nós, profissionais de enfermagem, integrando docência e assistência, não nos afastemos do sentido do nosso trabalho e seu objeto – *o paciente* – em todas as suas dimensões, empenhando-nos na construção coletiva da atenção à saúde, eliminando barreiras, vencendo obstáculos, criando espaços, com ousadia, empenho e determinação.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enferm.* 2004; 12(4):623-30.
2. Leopardi MT. Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1994.
3. Leopardi MT, Beck MLC, Nietzsche EA. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Palotti; 2001.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livros; 2005.
5. Wisner A. A inteligência no trabalho: textos selecionados em ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO; 1994.
6. Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. São Paulo: Cortez; 1994.
7. Gehring Júnior G, Correa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo: doença entre profissionais da rede básica do SUS Campinas. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):401-9.
8. Jackson Filho JM. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Rev Produção.* 2004;4(3):58-66.
9. Maia MAB, Osório C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arq Bras Psicol.* 2004; 56(1):71-80.
10. Clot Y. La fonction psychologique du travail. Paris: PUF; 1999.
11. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(1):7-14.
12. Oliveira BRG, Collet N, Vierira CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Lat Am Enferm.* 2006;14(2):277-84.
13. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(2):189-92.
14. Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):287-91.
15. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.