

A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização*

Camila Aloísio Alves¹
 Suely Ferreira Deslandes²
 Rosa Maria de Araújo Mitre³

ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. The management of nursing work in a pediatric ward of medium and high complexity: a discussion about co-management and humanization. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.351-61, abr./jun. 2011.

The article analyzes the daily management of the nursing work at a pediatric ward of medium and high complexity in light of the principles and guidelines of the National Humanization Policy. It uses participant observation, based on the ethnographic perspective, focusing on the daily work and on the relations between teams, users and companions. The study was conducted at the pediatric ward of a reference institute for the care of Women's, Children's and Adolescent's Health. The observation period was three months and the results point to a hierarchical and centralized management of work processes. This management model caused a breakdown of the teams, despondency to work, physical and mental exhaustion, which prevented the structuring of working partnerships. It follows that investment is needed in proposing a model of co-management so that new forms of management of work processes can be built, focusing on interdisciplinary exchanges and creativity.

Keywords: Pediatric nursing. Work Process. Co-management. Humanization.

O artigo analisa o cotidiano da gestão do trabalho de enfermagem numa enfermaria pediátrica de média e alta complexidade à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Utiliza a observação participante, apoiada na perspectiva etnográfica, com foco no cotidiano de trabalho, as relações entre as equipes, usuários e acompanhantes. O local de estudo foi a enfermaria de Pediatria de um instituto de referência no cuidado da mulher, criança e adolescente. O período de observação foi de três meses e os resultados apontam para uma gestão dos processos de trabalho hierárquica e centralizadora. Esse modelo de gestão gerou desagregação das equipes, desmobilização para o trabalho, desgastes físicos e mentais, impossibilitando a estruturação de parcerias de trabalho. Conclui-se que é preciso investir na proposição de um modelo de cogestão para que novas formas de gestão dos processos de trabalho sejam construídas, privilegiando as trocas interdisciplinares e a criatividade.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica. Processo de trabalho. Cogestão. Humanização.

* Elaborado com base em Alves (2007); pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira.

¹ Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP/FASE). Rua das Palmeiras, 93/603. Botafogo, RJ, Brasil. 22.270-070. camilaalves@iff.fiocruz.br

^{2,3} Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

O processo de trabalho em saúde refere-se a uma atividade de produção dinâmica, relacional e que incorpora diferentes tipos de tecnologias (condutas terapêuticas, instrumentos e ferramentas) e se realiza, essencialmente, pela intervenção criativa do trabalhador, sendo considerado um trabalho vivo em ato (Merhy, 2007).

Entre os diversos agentes atuantes no processo de trabalho em saúde, a enfermagem destaca-se por ser uma categoria profissional que assume atividades como: o cuidado, monitoramento, práticas educativas e administração de serviços de saúde. A trajetória dessa categoria possui uma história marcada pela influência religiosa, distinção do gênero feminino e relação com a medicina enquanto estruturação de um campo de conhecimentos científicos (Lima, 2005; Moreira, 1999).

A mudança do perfil da profissão foi influenciada pela Escola Nightingale de Treinamento para Enfermeiras, e baseou-se na perspectiva científica, que incorporou, ao seu processo de trabalho, a gestão das unidades assistenciais e passou a adotar um modelo verticalizado, formal e legitimado pela concepção taylorista-fordista (Lima, 2005; Moreira, 1999).

A enfermagem é fortemente caracterizada pelo trabalho em equipe e assume, na modernidade, um papel voltado para o cuidado e centrado na racionalização das ações e pautado pela biomedicina (Moreira, 1999). Foi incorporada a tal processo de trabalho a gestão do cotidiano das unidades assistenciais, com ênfase na divisão do trabalho, com detalhamento das tarefas prescritas segundo: manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas. Esses fatores implicam uma organização interna das equipes e estruturam tanto as relações entre os demais profissionais que convivem em uma enfermaria quanto a gestão do próprio serviço (Matos, Pires, 2006).

No âmbito da enfermagem pediátrica, percebe-se que havia, na atribuição do exercício profissional, a incumbência de estabelecer o elo entre criança e familiares, e, na substituição destes, atuar de forma "maternal" (Ayres apud Oliveira, 1998). A incorporação da família e/ou o acompanhante no universo da internação trouxe uma ampliação do foco da atenção e convocou as equipes a estruturarem um novo arranjo teórico e prático (Collet, Rocha, 2004). Sendo assim, torna-se importante se debruçar sobre a gestão do processo de trabalho da enfermagem, pois, nesse cenário, estão inscritas as relações entre equipe de saúde, pacientes e familiares, cenários de possibilidades e obstáculos para um cuidado integral e acolhedor.

Nesse sentido, o presente artigo busca analisar o cotidiano da gestão do trabalho de enfermagem numa enfermaria pediátrica de média e alta complexidade, à luz de princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Assim, as bases que sustentam este estudo centram-se na interface entre reflexões teóricas da humanização para a gestão participativa dos processos de trabalho e da cogestão (Campos, 2007; Brasil, 2003).

Metodologia

Este artigo é parte de uma dissertação de mestrado acadêmico que teve como objeto de estudo as relações entre a equipe de enfermagem, os usuários e seus acompanhantes numa enfermaria de Pediatria de média e alta complexidade.

Foi escolhida, como abordagem qualitativa, a perspectiva etnográfica, originária da antropologia, que leva em consideração as múltiplas dimensões simbólicas e materiais do ser humano em sociedade e procura definir, a partir da observação de campo, como os traços sociais e culturais característicos de um grupo manifestam-se no exercício do cotidiano (Laplantine, 2003; Creswell, 1997).

A pesquisa de campo é o que dá corpo à etnografia, é a própria fonte de pesquisa, onde torna-se possível o encontro com o outro, lugar no qual o pesquisador aprende a compreender suas formas de sociabilidade e lógicas culturais (Laplantine, 2003).

O campo escolhido foi a Unidade Pediátrica de Internação (UPI) de uma instituição de referência em saúde da mulher, criança e adolescente, localizada no Município do Rio de Janeiro. Esta unidade,

com 22 leitos, foi escolhida por atender pacientes entre zero a 18 anos de idade, com quadros de média e alta complexidade, em sua maioria doenças crônicas ou neurológicas, e que necessitam de cuidados especiais e contínuos.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que compunham a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), num total de 34, sendo 11 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem.

Como principal técnica, utilizou-se a observação participante (Peirano, 1995), durante os três meses de trabalho de campo (maio a agosto de 2008), privilegiando: os diversos plantões, ao longo da semana e nos finais de semana, encontros entre a equipe de enfermagem para se conhecerem as discussões coletivas dos profissionais.

Foi elaborado um roteiro de observação que abarcou as rotinas desenvolvidas no serviço, e o diário de campo foi o instrumento para o registro das observações, informações, conversas e experiências vividas ao longo do trabalho.

Como processo da análise da pesquisa, o diário de campo passou por uma primeira leitura flutuante, seguida do agrupamento e análise a partir da categoria teórica - **gestão do processo de trabalho da equipe de enfermagem** - e suas variáveis: tempo, pessoas, conhecimento/informação e materiais (Campos, 2007; Brasil, 2003). O processo interpretativo teve, como baliza, o confronto com o quadro teórico.

Resultados

A equipe de enfermagem pode ser caracterizada como um grupo que procurava articular, na medida da disponibilidade do coletivo, as quatro atividades precípua do processo de trabalho: assistência, gerência, educação e pesquisa (Spagnol, 2005). Entretanto, foi possível observar que as influências das tradições da administração clássica sobre a gestão do processo de trabalho - divisão do trabalho entre técnicos e enfermeiros por escalas, prescrição e distribuição de tarefas segundo rotinas e normas - deixaram marcas nas atividades e nas relações entre a equipe, demais profissionais, usuários e acompanhantes.

Durante o período de observação, o ambiente da enfermaria esteve com a totalidade dos leitos ocupados e caracterizou-se como sendo dividido em boxes com dois ou três leitos em cada e as respectivas cadeiras para os acompanhantes. Em alguns boxes, foram encontrados aparelhos de televisão, DVD e sons, trazidos pelos responsáveis, o que implicava a produção de diferentes fontes de barulho e ruído, além do som emitido pelos equipamentos, que incomodavam a enfermagem. Como exemplos, seguem fragmentos do diário de campo.

"Aqui é sempre muito confuso, são muitas demandas e não tem tranquilidade... Já reparou que em muitos boxes têm DVDs diferentes tocando várias músicas, além dos aparelhos que apitam?!" (enfermeira A em 09/06/08)

O ambiente de trabalho hospitalar com atendimento a pacientes graves é um local de constante dinamismo das relações, onde estão em jogo disputas de poder e saber de conhecimentos sedimentados no domínio da técnica e na ocupação do espaço. "A organização desses espaços e a acumulação de suas contradições também podem significar sofrimento para o profissional, levando-o a sentir-se em guerra" (Deslandes, 2002, p. 60).

No que diz respeito à gestão do tempo em relação às atividades a serem desempenhadas, o período da manhã iniciava com as rotinas da enfermagem e, logo, a enfermaria estava tomada por diversos profissionais com suas tarefas. O excesso de atividades concentradas pela manhã, somadas ao *round* dos médicos, deixava muitas crianças cansadas ao final do período, gerando, para a enfermagem, o trabalho de restabilizá-las.

O diálogo abaixo, ocorrido no posto de enfermagem, não só aponta para as condições que tornavam o trabalho conturbado durante o turno da manhã, mas, além disso, expõe a não-correspondência entre a expectativa das condições ideais de trabalho e a realidade dos serviços.

“Isso aqui está parecendo o Vietnã!
Que Vietnã!?! Isso aqui está pior, parece o Afeganistão, a faixa de Gaza...
Já deixou de ser o Vietnã há muito tempo...”
(enfermeira B e técnica de Enfermagem B em 18/07/08)

Em contraposição, o período da tarde, em geral, mostrava-se mais calmo. Permaneciam, na enfermaria, apenas a equipe de enfermagem, poucos médicos plantonistas e a equipe de um programa interdisciplinar, que utiliza o brincar como estratégia de intervenção na hospitalização infantil.

A observação da rotina durante um sábado revelou que: o setor encontrava-se com poucos profissionais, a enfermaria passava por uma faxina no piso, alguns acompanhantes retornavam para suas casas, permanecendo poucos profissionais de enfermagem e os plantonistas médicos. A tranquilidade experimentada aos finais de semana, promovida pela redução do número de atores e fontes de problemas, permitia exercer uma gestão do processo de trabalho menos conflituoso, o que não se verificou ao longo da rotina semanal, quando o cenário se mostrava oposto.

Com relação à gestão de pessoas da enfermagem, ressalta-se que, durante o estudo, a equipe encontrava-se reduzida em todos os plantões, pois contava com dois enfermeiros diaristas e cinco plantonistas (entre enfermeiros e técnicos). No final de semana, esse quantitativo diminuía, ficando apenas cinco plantonistas. A carga horária do plantão era de 12X60 horas.

Segundo a Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004), a composição mínima de uma equipe voltada para cuidados intermediários é de 33 a 37% de enfermeiros (mínimo de seis), além dos demais profissionais, como Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem.

Sendo assim, havia uma defasagem entre o cumprimento do parâmetro e a composição das equipes observadas no estudo, implicando a concentração das decisões sobre o cuidado nas mãos de poucos, acarretando automatismo, rotinas e padronizações diante do aumento e complexidade da demanda (Pitta, 2003).

“Diante de casos muito graves internados na enfermaria, uma enfermeira relatou que precisa resolver muitas coisas importantes ao mesmo tempo, enquanto os técnicos executam outras atividades e nem sempre há uma continuidade nas atividades e nas discussões dos casos”.
(diário de campo – 21/07/08)

Como resultado do acúmulo de atividades, da redução do quantitativo de trabalhadores e da falta de tempo, observou-se uma supremacia da rotina em detrimento da relação com os usuários, dificultando a construção de vínculos entre a enfermagem, pacientes e familiares (Beck et al., 2007).

“Uma residente de enfermagem relatou que os outros setores alcançam um “grau maior de organização” por se caracterizarem como serviços fechados, como são as unidades intermediárias e de terapia intensiva”. (diário de campo – 02/07/08)

Para essa profissional, estes setores exigem da equipe outra conformação do trabalho multidisciplinar, mais integrado diante da gravidade dos casos, que se apresentam no limiar entre a vida e a morte.

Como não foi incluída a observação de outros setores do hospital, não foi possível chegar a essa conclusão sobre o campo de estudo. Contudo, o relato da residente serviu como reflexão sobre a forma como os profissionais compreendem o seu processo de trabalho. Inclusive, uma informante relatou que alguns profissionais já haviam solicitado transferência para outro setor, alegando melhores condições de trabalho.

Melhorias nas condições de trabalho implicam também fortalecer a gestão do conhecimento/informação por meio da articulação, do diálogo e da integração entre as equipes. Entretanto, o caso abaixo aponta para a diminuta capacidade de se estabelecerem pontes de diálogo entre as equipes no coletivo observado:

“A enfermeira, durante o procedimento, observou que a fisioterapeuta estava aguardando para iniciar suas atividades com a criança. Ao perceber a presença constante da fisioterapeuta, a enfermeira sentiu-se pressionada a realizar mais rapidamente seu serviço para ceder horário à fisioterapeuta. Como o paciente não havia ainda se alimentado, o que para sua condição implicava perda de nutrientes importantes, a enfermeira precisou solicitar à fisioterapeuta que atendesse outra criança para que pudesse continuar conduzindo os cuidados ao paciente e administrar sua alimentação”. (diário de campo – 09/06/08)

Como recursos para o debate de casos, existiam reuniões interdisciplinares entre a chefia da enfermagem e a equipe médica. Contudo, a efetividade desse recurso, para a equipe de enfermagem, mostrou-se baixa, pois, na prática, a discussão sobre a mudança ou permanência de uma dada conduta era restrita aos pequenos grupos, divididos por categorias profissionais, que expressavam a clássica dicotomia medicina-enfermagem. Além disso, como descrito exhaustivamente por Foucault (2007), a ordenação hierárquica entre profissionais é, historicamente, centrada na figura do médico, e a força desse código incorporado à organização do trabalho no hospital hierarquiza as relações e estrutura as vias possíveis de diálogo.

Para a concepção nightingaleana, a delimitação entre a medicina e a enfermagem está marcada pelas diferentes funções, pois o médico dispara o processo do cuidado, diagnosticando e prescrevendo, e o enfermeiro passa a decidir sobre questões relacionadas à gestão do setor e do cuidado, delegando também, aos demais membros da sua equipe, a execução das outras tarefas do cuidado (Spagnol, 2006). Essa característica da organização do trabalho aponta para a manutenção das relações hierárquicas entre as categorias e no interior das mesmas.

No caso da enfermagem, formada por profissionais de nível superior e técnico, esta hierarquia se apresenta de forma ambígua. Existem diferenças na valorização das tarefas de trabalho, onde o enfermeiro ocupa um lugar já autorizado para participar das discussões com os demais profissionais em detrimento dos técnicos, ou, por vezes, realiza tarefas consideradas “mais nobres”. Ou seja, a rigidez da gestão clássica e hierárquica demarca espaços e lugares que permitem ou não, aos sujeitos, exercerem e participarem de determinadas funções e que sejam valorizados pelas mesmas.

Revisando a literatura, Spagnol (2002) encontrou resultados que apontam para uma comunicação organizacional no âmbito hospitalar ainda excessivamente formalizada e vertical, predominando a impessoalidade nas relações, o que evidencia o estilo clássico de gestão que segue sendo adotado na enfermagem. As influências do modelo de gestão exercido pela enfermagem representam a marca da lógica do controle, que racionaliza a organização do trabalho, determina aos trabalhadores a maneira de se executarem as tarefas, centralizando as ações no gerente (Ferraz apud Spagnol, 2005).

Contudo, diante de casos graves com elevado grau de complexidade no cuidado, a rigidez imposta por um modelo hierárquico repercute em problemas na condução do trabalho, já que o mesmo demanda um atendimento transversal pautado pelo diálogo para tomada de decisões.

Em uma situação observada no campo, a equipe médica alterou a conduta e a enfermeira chefe, que desempenhava um papel hierárquico entre a categoria e era interlocutora com a equipe médica, foi a porta-voz da decisão para a enfermagem. A enfermeira responsável pelo plantão colocou-se contra a conduta médica, pois o caso envolvia questões éticas importantes.

“Havia uma criança que fazia um quadro de apnéia provocado pelo sistema nervoso central, no qual não poderia utilizar manobras respiratórias. A própria criança voltava a respirar espontaneamente. Contudo, a cada parada respiratória da criança a equipe de enfermagem se alarmava com medo da criança vir a falecer, precisando também acolher a mãe que ficava muito nervosa”. (diário de campo – 27/06/08)

Para uma parcela da equipe, não utilizar os equipamentos e recursos do serviço, apoiando apenas a mãe, representava ausência do agir técnico, gerando angústia e conflito. No entanto, não foi considerado que acolher a mãe poderia ter sido encarado como uma tarefa significativa que envolveria a utilização de técnicas específicas.

Diante do impasse entre a conduta médica e a experiência da enfermagem na linha de frente do cuidado, um abismo foi estabelecido perante a ausência de construção compartilhada do conhecimento.

Contudo, foi possível observar que a experiência adquirida ao longo dos anos de trabalho na enfermagem promoveu um movimento analítico para o coletivo estudado, de onde falas, ideias inovadoras e sugestões construtivas foram explicitadas. Contudo, as mesmas encontravam limitações em suas capacidades de expressão diante dos lugares institucionalmente construídos e engessados.

“Para uma enfermeira, as equipes deveriam instituir um round interdisciplinar a ser realizado duas vezes na semana, passando caso a caso, melhorando a relação entre os profissionais e melhor atendendo os pacientes”. (diário de campo – 21/07/08)

Em um universo onde o conflito da decisão técnica é permeado pela ausência de espaços de diálogo, o cuidado passa a estar parcelado em pequenos núcleos de saber que não interagem.

“Durante a passagem de um catéter intravenoso profundo, procedimento invasivo e feito na sala de procedimentos, a criança estava extremamente assustada e com muito medo. A enfermagem conduziu o processo, mas em nenhum momento foi explicado para a paciente, que já tinha 12 anos, o motivo do procedimento. Quando foi preciso fazer um ajuste do cateter, a paciente novamente ficou amedrontada”. (diário de campo – 27/06/08 e 02/07/08)

Diante dessa situação, foi perguntado se haviam conversado com a criança. Foi respondido afirmativamente, mas apenas no momento de ajuste do cateter, e não quando o colocaram. Relataram que é comum se prescreverem procedimentos sem uma conversa prévia com o paciente e com o acompanhante, gerando o distanciamento entre os diferentes sujeitos.

Ao acompanhar a residente de enfermagem durante uma visita aos boxes, outra situação evidenciou a reduzida comunicação e troca de experiências entre os profissionais.

“Uma das mães visitada estava muito aflita, pois sua filha não estava conseguindo se alimentar e estava muito congestionada. Indignada, ela dizia que já tinha feito o mesmo relato para a fisioterapeuta e que os médicos não foram comunicados. Queixou-se de ter que fazer também para a enfermagem e não encontrar resolutividade. Indagou se não era possível que houvesse uma integração entre os profissionais para que os problemas fossem prontamente resolvidos, diminuindo o desgaste de todos”. (diário de campo – 21/07/08)

Com relação aos acompanhantes, os problemas evidenciados incidiram sobre o cuidado dos pacientes. As mães mais antigas na instituição aprenderam a realizar certos procedimentos com seus filhos e fiscalizar o trabalho da enfermagem, julgando se estão “certos ou errados”. Ao mesmo tempo, foi destacado, por uma enfermeira, que, com a equipe reduzida, tornou-se comum a enfermagem preocupar-se menos com aqueles pacientes que têm suas mães treinadas. O banho de muitas crianças foi dado pelas mães sem a supervisão de técnicos, que se voltavam para os cuidados de crianças mais graves ou que estavam há pouco tempo no hospital.

Ao exercer o papel de cuidado da criança, a mãe tem sua função permeada de sentidos do universo da enfermagem, ao passo que a enfermagem fica, nesses casos, em um lugar não demarcado por limites claros na prestação de cuidados aos pacientes. Essa situação confusa e ambígua gerava conflitos e desencontros de saberes e informação. Dever-se-ia considerar que nem todos os dias essas mães estão dispostas a realizarem atividades que não são necessariamente suas.

Como exemplo da premente necessidade de se discutir o cuidado na relação entre enfermagem e acompanhante, segue abaixo um trecho do diário de campo, registrado logo no início da pesquisa:

“Após a passagem de plantão, quando uma série de instruções e normas foram repassadas para a equipe, a enfermeira destacou que as maiores dificuldades vivenciadas pela equipe concentram-se nas relações e não no manejo técnico”. (diário de campo – 27/05/08)

Finalizando, a gestão de materiais na enfermagem, tarefa dominada pela enfermagem, não mostrou problemas no abastecimento de insumos e na oferta dos mesmos aos acompanhantes e usuários. Contudo, para toda a equipe, a disposição física das caixas e dos materiais incomodava, pois estavam alocados de forma aparente e amontoada. Foi relatado que haveria uma obra que melhoraria as condições de armazenamento dos materiais.

Discussão: gestão do trabalho e a proposição de um novo modelo de gestão do cuidado

Os resultados das análises frente ao empírico trouxeram reflexões importantes para a compreensão da gestão do processo de trabalho da enfermagem por meio dos seus desafios e pontos críticos. Diante de uma gestão hierarquizada, com equipes apresentando graus de desagregação e desmobilização para o trabalho, cabe refletir sobre outra perspectiva voltada para o modelo de gestão do cuidado para o coletivo analisado.

Contudo, para que seja possível refletir sobre essa outra perspectiva de gestão do cuidado, primeiramente, faz-se necessário trazer, à discussão, a compreensão do trabalho em saúde para autores contemporâneos (Merhy et al., 2007). O trabalho é considerado vivo, pois seu objeto não é totalmente estruturado e suas ações se configuram em processos de intervenção em ato, operando através das relações. As tecnologias que são utilizadas podem ser consideradas “leve, leve-dura e dura”, compreendendo que a primeira relaciona-se às produções de vínculo, acolhimento, autonomia e gestão; a segunda refere-se aos saberes estruturados nas diversas especialidades, e a última, considera as tecnologias aplicadas ao campo (Merhy et al., 2007).

Por conjugar diferentes perspectivas tecnológicas em contextos dinâmicos de relação entre sujeitos/atores e objetos de intervenção, o trabalho em saúde também pode ser compreendido como um conjunto de atividades que se desenvolvem simultaneamente, exercidas por trabalhadores de diferentes áreas, com formações saberes e experiências distintas. “A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na cooperação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista” (Brasil, 2009, p.12).

Assim, no contexto do trabalho em saúde, compreende-se que a enfermagem assume a função de um veículo para a materialização do cuidado, podendo tornar os encontros com o outro, momentos potenciais que contribuem para a melhoria do quadro de saúde dos indivíduos. A administração da assistência pela enfermagem implica desenvolver habilidades técnico-científicas e de liderança para gerir o trabalho, a equipe e assistir aos pacientes (Spagnol, 2002).

Entretanto, a gestão do processo de trabalho da enfermagem na enfermagem mostrou-se permeada pelos distanciamentos entre as especialidades, pela falta de um modelo de gestão que organize esse coletivo, de forma que o mesmo alcance um processo de gestão compartilhada.

A organização dos serviços não privilegia que sejam compartilhados objetivos de gestão em comum, o que também não garante que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência. Em última instância, isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários (Brasil, 2007).

O modelo clássico de gestão trouxe contribuições à organização do trabalho da enfermagem, porém, diante das transformações no âmbito hospitalar, tem produzido efeitos negativos que apontam para uma necessidade de superação, considerando o acolhimento. A tecnologia dura, presente nos processos de trabalho, ainda é o eixo central do modelo de gestão, assentado nas bases dos protocolos, normas e rotinas (Spagnol, 2006).

As variabilidades, prescrições, normatizações e imprevistos presentes no processo de trabalho são elementos que desestabilizam as regras e normatizações, impelindo os trabalhadores à criação de estratégias para efetivarem e concretizarem os resultados a serem alcançados. Contudo, o potencial criativo nesses contextos pode estar interdito pelo controle e hierarquização dos trabalhadores, que também não permite que sejam compartilhadas as saídas que cada sujeito, que compõe uma equipe, encontra para gerir seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, a PNH aponta que é inerente, ao processo de trabalho, a gestão do cotidiano que, por sua vez, não pode ser exercida sem o potencial criativo inseparável da experimentação constante

de maneiras diferentes de trabalhar (Brasil, 2009). No exercício de uma nova gestão, propõe-se inverter a lógica da supervalorização do controle e da hierarquia, para instituir práticas como: a análise do processo de trabalho, diálogo e participação junto com usuários e demais profissionais (Spagnol, 2005).

É preciso discutir a proposição de novas vias para a reconfiguração do trabalho da enfermagem e a articulação entre as equipes. Como contribuições, a PNH (Brasil, 2009, 2007) propõe a gestão participativa e a promoção de comunidades ampliadas de pesquisa como possibilidades instrumentais na construção de novas vias para o trabalho. Assim, o modelo de gestão proposto pelas bases da humanização pode ser compreendido como centrado no trabalho em equipe e na construção de coletivos voltados para a tomada de decisões pactuadas, o que pode auxiliar na construção de um fazer mais democrático.

No processo de trabalho em saúde, as ações de fazer e aprender estão indissociadas, o que faz com os próprios trabalhadores possam ser reconhecidos como produtores de conhecimento. Assim, além do exercício de uma gestão coletiva e participativa, podem-se construir espaços ampliados de pesquisa, com a participação dos diferentes atores, que têm como propósito produzir um processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores e de avaliação das formas de funcionamento coletivo que podem estar causando adoecimento ou promovendo a saúde (Brasil, 2009).

Nos processos de gestão da enfermagem, não se pode negar a interface, quase que constante, entre os processos produtivos e a busca de condições que garantam a continuidade e a concretização do cuidado (Rossi, Lima, 2005). Nesse sentido, a utilização das tecnologias leves na gestão do trabalho pode privilegiar a reorientação do modelo, mediante a valorização do outro nas diferentes relações, procurando abertura ao diálogo com os diferentes pares e construindo vias que respondam de forma mais acolhedora às demandas de usuários e trabalhadores (Merhy et al., 2007).

O desafio do coletivo analisado é recompor distintos desejos e interesses dos grupos, expressos por intermédio de iniciativas isoladas, de forma que se construa outra sociabilidade, mais democrática e solidária, que dialogue por meio de um projeto de humanização do grupo.

Diante dessa perspectiva, a função histórica da enfermagem, orientada pela centralidade médica, é convocada a se ressignificar na linha de cuidado, exigindo a produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho. Da alienação à gestão democrática, o caminho é composto por informações acessíveis, abertura de espaços de diálogo e da estruturação de relações mais horizontais entre os sujeitos.

É preciso trabalhar sobre o distanciamento entre os trabalhadores, que produz grupos apartados da possibilidade de produzir e alcançar resultados que tenham impacto sobre a gestão e a assistência. O rompimento incide sobre a prática da comunicação entre chefias que, em geral, produz decisões unilaterais, que não representam o coletivo (Campos, 2007).

Como linhas de intervenção voltadas para a mudança do quadro, estão: o estímulo à edificação de um novo conceito de trabalho que abarque o significado do mesmo enquanto função social e inserção do indivíduo na sociedade; abertura aos diferentes instrumentais de trabalho; implementação de mecanismos de gestão participativa (colegiados); produção de valores de uso que serão compartilhados pelos sujeitos que compõem o coletivo; apoio à recomposição dos postos de trabalho; abertura de espaços de diálogo e aprendizado coletivo, e incentivo à multiplicação desse processo, repercutindo institucionalmente na inovação da gestão (Merhy, 2007; Campos, 2007).

Dessa forma, o desenvolvimento de ações que ampliem os potenciais criativos dos trabalhadores mediante a compreensão, análise e avaliação coletiva do processo de trabalho, além de gerar inovações na gestão, pode ser o motor da promoção da saúde entre os profissionais (Brasil, 2009).

Não existem receitas previamente elaboradas, as saídas se constroem e se planejam entre os atores, pois estão em jogo diferentes interesses, graus de investimento e de desejo (Merhy, 2007). Expostos nas linhas de intervenção pautadas na cogestão e na humanização estão os diferentes planos e regiões de expressão da subjetividade e do fazer humano, em que o trabalho tem papel integrante e fundamental.

Conclusão

A gestão do processo de trabalho da equipe de enfermagem na enfermaria pode ser caracterizada como hierarquizada, controlada pela cúpula da gestão e voltada exclusivamente para o paciente, enquanto objeto de intervenção, sobre o qual incidem todas as práticas existentes na instituição. O impacto desse modelo de gerir o processo de trabalho resultou, para as equipes, em: desagregação, desmobilização para o trabalho, desgastes físicos e mentais, dificultando a estruturação de parcerias de trabalho. Já na relação com os pacientes e acompanhantes, os resultados mostraram que a hegemonia da rotina, expressa pelos procedimentos e tarefas, implicou rigidez e automatismos nas relações, gerando dificuldades para se construírem vínculos.

Contudo, existe potência para se alterarem as situações que geram desgastes, polarizações do cuidado e dicotomias do conhecimento, como observado por meio das sugestões e reflexões críticas a respeito do processo de trabalho. A capacidade de união desse coletivo em prol de um objetivo construído de forma compartilhada, o cuidado pediátrico de média e alta complexidade, esteve latente e pode encontrar vias de expressão não só em situações extraordinárias, como, também, no cotidiano ordinário, aproveitando as iniciativas individuais que podem tornar-se projetos apoiados pelo coletivo.

Ainda que existam obstáculos a serem ultrapassados, os profissionais mostraram-se abertos à busca de saídas criativas para as dificuldades na gestão do trabalho, para a proposição de um projeto de cuidado integrado com os demais profissionais e para a manutenção de vínculo, acolhimento e diálogo com pacientes e acompanhantes.

A gestão do processo de trabalho da enfermagem e a materialização dos princípios da humanização são temas de estudo que estão intimamente relacionados no coletivo analisado. Ou seja, como veículo pelo qual as pessoas se relacionam, o processo de trabalho mostrou-se um fio condutor para a proposição de um projeto de humanização, tanto por evidenciar os pontos de conflito quanto por se mostrar passível de transformação.

A aposta na gestão corresponsável do processo de trabalho mostra-se como um caminho possível para demandas antigas, pois pode ampliar a participação dos trabalhadores nas decisões assistenciais, diminuir os distanciamentos entre as especialidades, estruturar linhas de cuidado que integrem e responsabilizem os profissionais, possibilitando, ao conjunto de atores, reconstruir o fazer na enfermaria.

Colaboradores

Camila Aloísio Alves foi responsável pela pesquisa de campo, análise e redação do artigo. Suely Ferreira Deslandes e Rosa Maria de Araújo Mitre orientaram o projeto e a elaboração do artigo.

Referências

ALVES, C.A. **Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.3, p.503-10, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização – humanização como eixo norteador das práticas de atuação e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.12, n.2, p.191-7, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 293**, de 21 de setembro de 2004. Dispõe sobre os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. Rio de Janeiro, 2004.

CRESWELL, J.W. Five qualitative traditions of inquiry. In: _____. **Qualitative and researcher design**. London: Sage Publications, 1997. p.41-72.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2007.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LIMA, M.J. **O que é Enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2005. (Coleção Primeiros Passos).

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.3, p.508-14, 2006.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p.113-60.

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.7, n. 1, p.55-65, 1999.

OLIVEIRA, I.C.S. **Da mãe substituta à enfermeira pediátrica**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1998.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.3, p.305-10, 2005.

SPAGNOL, C.A. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar**: como explicitar seus 'nós'?. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

_____. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.1, p.119-27, 2005.

_____. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Rev. Gaucha Enferm.**, v.23, n.1, p.114-31, 2002.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Gestión del trabajo en una sala de enfermería pediatría de alta y media complejidad: una discusión sobre co-gestión y humanización. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.351-61, abr./jun. 2011.

El artículo analiza la gestión de la enfermería de pediatría de mediana y alta complejidad a la luz de los principios y directrices de la Política Nacional de Humanización. Utiliza la observación participante, apoyada en la perspectiva etnográfica, centrándose en el trabajo cotidiano, relaciones entre equipos, usuarios y acompañantes. El estudio se realizó en la enfermería de pediatría de una institución de referencia en el cuidado de las mujeres, niños y adolescentes. El período de observación fue de tres meses y los resultados apuntan a la gestión de los procesos de trabajo jerárquico y centralizado. Este modelo de gestión ocasionó desglose de los equipos, desmovilización de trabajo, desgaste físico y mental, imposibilitando de la estructuración de asociaciones de trabajo. De ello se deduce que la inversión es necesaria para proponer un modelo de co-manejo de nuevas formas de gestión de los procesos de trabajo, centrándose en intercambios interdisciplinarios y la creatividad.

Palabras clave: Enfermería pediátrica. Proceso de trabajo. Cogestión. Humanización.

Recebido em 05/04/2010. Aprovado em 14/10/2010.

