

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENGENHARIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Lívia Rodrigues da Rosa

**Fatores Intervenientes no Trabalho Coletivo
dos Profissionais de Enfermagem: Uma
Proposta de Ação**

Porto Alegre

2010

Lívia Rodrigues da Rosa

**Fatores Intervenientes no Trabalho Coletivo dos Profissionais de Enfermagem:
Uma Proposta de Ação**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção, modalidade Acadêmica, na área de concentração em Sistemas de Produção.

Orientador: Fernando Gonçalves Amaral, Dr.

Porto Alegre

2010

Lívia Rodrigues da Rosa

**Fatores Intervenientes no Trabalho Coletivo dos Profissionais de Enfermagem:
Uma Proposta de Ação**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção na modalidade Acadêmica e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora designada pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Fernando Gonçalves Amaral, Dr.
Orientador PPGEP/UFRGS

Prof. Carla Schwengber ten Caten, Dra.
Coordenadora PPGEP/UFRGS

Banca Examinadora:

Paulo Antônio Barros Oliveira, Dr. (CEDOP / UFRGS)
Ângela de Moura Ferreira Danilevich, Dra. (PPGEP/UFRGS)
Sônia Beatriz Cocaro de Souza, Dra. (Escola de Enfermagem/UFRGS)

Agradecimentos

*Agradeço ao meu orientador prof. Amaral, que me propiciou o maior crescimento durante o mestrado, não apenas acadêmico como também pessoal;
Ao meu noivo Thomás Lipp, minha banca mais exigente;
Nilson e Denise Rosa, João, Rosali e Tuti Seixas, Ivo Wolf, Carlos, Eunice e Thais Lipp, minha família, pelo suporte em todos os momentos;
Aos colegas do LOPP Marcelo P. da Silva e Karla Faccio, pelo companheirismo durante todo o mestrado.*

*"A vontade pode e deve ser um motivo de orgulho superior ao talento."
(Honoré de Balzac)*

RESUMO

Este documento contempla uma seqüência de três artigos que discorrem sobre o trabalho coletivo da equipe de enfermagem, sendo estes intitulados “O trabalho coletivo da enfermagem: uma revisão da literatura”, “Mapas Conceituais como ferramenta de análise do trabalho da equipe de enfermagem” e “Método de análise e discussão de problemas acerca do trabalho coletivo no setor de enfermagem em um hospital”. O objetivo geral é estudar os problemas relativos ao trabalho coletivo em equipes de enfermagem e propor uma sistemática que permita aperfeiçoar as intervenções ergonômicas de cunho participativo neste setor. O primeiro artigo apresenta uma revisão teórica sobre o trabalho coletivo da equipe de enfermagem, visto que ele pode regular positiva ou negativamente o modo operatório das ações desenvolvidas durante o trabalho. Desta maneira, foram revisados 61 artigos, onde evidenciou-se o valor do trabalho coletivo e sua associação com algumas atribuições ocupacionais e organizacionais tais como: aspectos psicossociais, doenças, performance no trabalho, qualidade do trabalho, absenteísmo, autonomia, interdependência, flexibilização, regulação, ainda que algumas delas necessitem ser mais amplamente estudadas (trabalho em turnos e trabalho em turno parcial e integral). O segundo artigo apresenta um método participativo para evidenciar a atividade de trabalho passagem de plantão entre os técnicos de enfermagem de uma unidade de atendimento adulto, demonstrando a utilização de mapas conceituais como método de compreensão da atividade e possibilitando a discussão da concepção da dimensão coletiva para trabalhadores do setor da enfermagem em um hospital. Este artigo explicita os diferentes modelos mentais que os técnicos de enfermagem têm sobre a passagem de plantão, apresentando lacunas de entendimento sobre a tarefa, seus objetivos e necessidades. Desta maneira, o terceiro artigo discute a utilização de um método para análise e resolução de problemas provenientes do trabalho de cunho coletivo expressos pelos técnicos de enfermagem durante a confecção do segundo artigo. O método participativo proposto indica meios de melhorar as problemáticas concernentes ao trabalho coletivo dos técnicos de enfermagem, uma vez que foi um método de fácil entendimento por parte dos colaboradores da pesquisa.

Palavras-chave: Ergonomia Participativa, Análise do Trabalho, Trabalho Coletivo, Equipe de Enfermagem, Resolução de Problemas.

ABSTRACT

This document includes a series of three articles that discuss the collective work of the nursing team, entitled “The nursing collective work: a review”, “Conceptual Maps as a tool for nursing team work analysis” and “Problem analysis and discussion methodology, about the collective work in a nursing sector of a hospital”. The main objective is to study the problems related to the nursing collective work and to propose a systematic to improve the ergonomics interventions in this sector. The first article presents a theoretical revision of the nurse team’s collective work, since it can regulate positively or negatively the operative mode of actions developed during the work. Thus, 61 articles were reviewed. In conclusion this study demonstrated the value of collective work and its association with some occupational and organizational tasks such as psychosocial, disease, work performance, work quality, absenteeism, autonomy, interdependence, flexibility, regulation, although some of them need to be more widely studied (shift work and shift work part-and full). The second paper presents a participatory methodology to highlight the work activity “shift work” among the nursing staff of an adult care setting, demonstrating the importance of using concept maps as a methodology for understanding the activity and enabling discussion of the concept of collective dimension to those in the nursing in a hospital. This article shows the different mental models that nursing staff have about the shift change, with gaps of understanding about the task, their goals and needs. Thus, the third article discusses the use of a methodology for problem analysis and solving about the collective work expressed by nursing staff during the construction of the second article. The proposed methodology suggests ways to improve the issues concerning the collective work of practical nurses, because it is an easily understood methodology to the research’s collaborators.

Key-Words: Participatory Ergonomics, Work Analysis, Collective Work, Nursing Team, Solving Problems.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivo Específico.....	15
1.3 JUSTIFICATIVA.....	15
1.4 DELIMITAÇÕES.....	17
1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	17
ARTIGO 1: O trabalho coletivo em enfermagem: uma revisão da literatura.....	19
Resumo.....	20
Palavras-chave.....	20
Abstract.....	20
Key Words.....	20
Introdução.....	20
Método.....	23
Resultados.....	24
Discussão.....	28
Conclusão.....	36
Referências.....	37
ARTIGO 2: Mapas Conceituais como ferramenta de análise do trabalho coletivo em equipes de enfermagem.....	45
Resumo.....	46
Palavras-chave.....	46

Abstract.....	46
Key Words.....	46
Introdução.....	47
Revisão Teórica.....	51
Tarefa e Atividade.....	51
Análise do Trabalho Real.....	53
Modelos Mentais.....	55
Mapas Conceituais.....	56
Procedimentos Metodológicos.....	59
Resultados.....	64
Discussão	67
Conclusão.....	77
Referências.....	79
ARTIGO 3: Método de análise e discussão de problemas acerca do trabalho coletivo no setor de enfermagem em um hospital.....	85
Resumo.....	86
Palavras-chave.....	86
Abstract.....	86
Key Words.....	86
Introdução.....	86
Revisão Teórica.....	91
Trabalho coletivo.....	92
Trabalho coletivo em enfermagem.....	93
Análise do trabalho coletivo em enfermagem.....	95
Melhoria contínua na enfermagem.....	97

Metodologia.....	98
Resultados.....	102
Discussão.....	108
Conclusão.....	112
Referências.....	113
3. CONCLUSÃO.....	121
4. REFERÊNCIAS.....	124

1. INTRODUÇÃO

O incremento da complexidade de técnicas e a crescente especialização, necessária para o desenvolvimento de uma variedade de tarefas, têm contribuído para tornar o trabalho coletivo indispensável em diversas áreas. Na área hospitalar a necessidade de trabalho coletivo é marcante: espera-se que os profissionais da saúde sejam capazes de realizar um número cada vez maior de atividades, com uma melhor qualidade; mas em contrapartida ofertam-se cada vez menos condições para isto. De forma inversa, as responsabilidades de médicos, enfermeiros e dos demais profissionais da saúde têm aumentado concomitantemente. Assim, os limites entre as profissões da saúde vêm se tornando menos demarcados e a necessidade de interdependência entre os profissionais mais acentuada (NYSSSEN; JAVAUX, 1996; THOMAS et al. 2001; AIKEN et al., 2001; HALL, 2001; CHOI, PAK, 2007).

De acordo com Bowditch e Buono (1999), o principal patrimônio de uma organização é seus próprios colaboradores e estes são os maiores responsáveis pelo sucesso ou insucesso da organização. Assim, também para a ergonomia, o sucesso de uma intervenção depende da disposição (e da responsabilização) dos gerentes, supervisores e, principalmente, dos operadores, que terão de trabalhar com as mudanças no trabalho sugeridas pelo ergonomista (WESTGAARD, 2000; HASLAM, 2002). Mudar métodos de trabalho é difícil, como relatam Jong e Vink (2002), sendo que algumas vezes os trabalhadores não consideram a intervenção ergonômica necessária, outras vezes estas intervenções são muito dispendiosas (demandam tempo e dinheiro), ou ainda os trabalhadores podem negar-se a trocar de método, uma vez que estão acostumados à maneira antiga de realizar a tarefa. Assim, para Noro (1999) e Wilson (1995) a participação (ou responsabilização) dos funcionários na análise ergonômica de seu trabalho pode auxiliar a resolver esses problemas anteriormente citados (WHITE; PRYBUTOK, 2001).

Visando estes pressupostos, a percepção que os colaboradores têm de seu trabalho ganha importância em investigações em diversas áreas (como na medicina, engenharia e ergonomia) e está emergindo uma nova concepção, que considera fundamental a análise da percepção dos trabalhadores e sua participação nas decisões que afetam suas vidas na organização. Vink et al. (2006) indicam que, muitas vezes, os

colaboradores têm percepções de problemas que escapam aos profissionais, sendo estas percepções de relevância central para a ergonomia participativa. É importante que se preste atenção às colocações daqueles que desempenham a tarefa tanto quanto se estimule o debate de transformações. Entretanto o conceito participação é ao mesmo tempo de natureza ideológica e científica, e observa-se a falta de uma teorização adequada a respeito desta abordagem (DWYER, 2000), sendo então pertinentes mais estudos que envolvam os colaboradores nas decisões.

Resumidamente, a máxima da ergonomia participativa, na visão de Wilson et al. (2005), é envolver as pessoas no planejamento e no controle de uma parcela significativa de seu próprio trabalho, com conhecimento e poder suficientes para influenciar os processos e as conseqüências de suas ações, a fim de atingir seus objetivos e os da organização em que estão inseridas. Kuorinka (1997) define ergonomia participativa como sendo uma prática ergonômica com a participação efetiva dos atores necessários na resolução de problemas. Sendo assim, é estabelecida a importância do trabalhador para a análise de seu trabalho, pois ninguém melhor do que ele próprio para conhecer não apenas seu posto mas também o seu meio; isto é, a organização. De maneira complementar, Guérin et al (2001) afirmam que a estratégia de ação da ergonomia participativa é o colaborador pró-ativo e não apenas passivo ao trabalho. Ergonomia é a ciência ou “Conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo conforto, segurança e eficácia.” (WISNER, 1987) e ergonomista é o profissional que desempenha esta ciência.

Métodos participativos de abordagem têm sido cada vez mais utilizados para melhorias ergonômicas em diversos estudos e este crescente interesse vem acompanhado de diversas publicações (CARION, 1998; RICE et al., 2002; HAINES et al., 2002; HESS et al., 2004; KOGI, 2006; HAINES; VINK et al., 2006; PEHKONEN et al., 2008). Nestas publicações o objetivo de se envolver os colaboradores de uma empresa na análise, desenvolvimento e/ou implementação de mudanças ergonômicas é o comprometimento que eles desenvolveriam para com seu trabalho e para com as soluções apresentadas pelo ergonomista, uma vez que estariam atrelados ao processo ergonômico de análise do trabalho e de intervenção. Jacques (2003) relata a importância desta abordagem de grupo, ao contrário da individual. Ela permite reconstruir a lógica

das pressões provenientes da organização do trabalho, que é um fator importante para a higiene do mesmo.

Na análise do trabalho, o ergonomista pode se valer da participação dos trabalhadores através dos modelos mentais que estes fazem de suas tarefas, visto que cada trabalhador tem seu próprio modelo mental que a representa, isto é, tem o modo operatório desta tarefa como uma representação analógica (JOHNSON-LAIRD; MANI, 1982; MOREIRA, 2000; ARAÚJO, 2003;). E a confrontação destas diversas representações mentais pode desencadear não apenas na exclusão de conhecimentos dicotômicos entre os participantes da confrontação, mas também na construção de um conhecimento ocupacional permeado por todos os participantes.

O setor de saúde difere dos outros setores porque seu produto final é uma conjunção de atividades de diversos profissionais (PINHO et al., 2003) e pela complexidade deste sistema. Este setor caracteriza-se por um conjunto de atividades cooperativas e programadas (ou normatizadas) que repercutem sobre a saúde do cliente. Porém, apesar desta cooperação, a organização do trabalho dos profissionais que atuam no setor hospitalar ainda mantém fortes laços com o modelo Taylorista-Fordista de distribuição de trabalho. Segundo Olivar (2006), o modelo Taylorista está visivelmente presente no trabalho em saúde e, basicamente, leva a uma separação entre as funções de planejamento e execução, denotando a idéia de que o planejamento e a supervisão devem ser efetuados por pessoas com níveis educacionais mais elevados e que há uma maior produção ao separar-se a execução da supervisão.

No Brasil, o trabalho de enfermagem ainda mantém bem separados os processos de planejamento (enfermeiros com formação superior) e cuidado (técnicos de enfermagem). Além desta divisão de tarefas existem divisões claras de atribuições, longas jornadas de trabalho, rotinas de tarefas não adequadas a todos os procedimentos, baixos salários, etc. Assim, a natureza peculiar e a dinâmica do trabalho de enfermagem, onde tarefas bastante heterogêneas devem ser executadas com exatidão, requer que os profissionais estejam intimamente envolvidos nas decisões e implementação de mudanças ergonômicas (PIRES; MATOS, 2006).

Algumas pesquisas com enfoque ergonômico têm focado a profissão de enfermagem como população de estudo pela relevância que esta profissão tem para a sociedade (VILLAR, 2002; PAI, 2007; GARLET, 2008;) e pelos altos índices de absenteísmo apresentados por esta população. No entanto, Pinho et al. (2003) afirmam que muitos dos estudos realizados com os profissionais de enfermagem objetivam apenas descrever o mercado de trabalho, seu perfil profissional ou sua carga de trabalho. Estes estudos caracterizam as condições de trabalho e subestimam o trabalho em grupo ou coletivo por eles desenvolvido, uma vez que diversos profissionais têm de atuar em equipe por uma mesma causa (o paciente). Ao considerar o enfoque no trabalho de ordem coletiva, observa-se que este pode regular positivamente ou negativamente o modo operatório de uma ação, podendo ofertar sofrimento de maior ou menor grau. (JACQUES; CODO, 2002).

De acordo com o exposto, torna-se oportuna então uma proposta de análise ergonômica participativa do trabalho destes profissionais, enfocando sua participação efetiva na análise de suas tarefas e na resolução de problemas encontrados nesta análise. A análise da tarefa de caráter de grupo ou coletiva auxiliaria na emergência de condicionantes subjetivas advindas do trabalho em equipe configurado por estas profissionais, como as relações de trabalho, a comunicação e o conteúdo do trabalho. O profissional de enfermagem tem um conhecimento singular sobre o trabalho que desenvolve e pode conhecer e fornecer soluções válidas para problemas ergonômicos. Portanto, este estudo foca a análise ergonômica participativa do trabalho da profissão de técnico de enfermagem, por ser este o profissional que efetua a maioria dos cuidados rotineiros ao paciente na organização hospitalar.

Assim, a questão de pesquisa do trabalho é como implementar uma intervenção ergonômica participativa capaz de analisar e propor melhorias no trabalho coletivo.

1.1 OBJETIVOS

Os objetivos são divididos em objetivo geral, concernente à dissertação e objetivos específicos, concernentes aos artigos.

1.1.1 Objetivo Geral

Esta dissertação aborda o tema de intervenções ergonômicas com enfoque em ergonomia participativa aplicada no setor da saúde com profissionais técnicos de enfermagem e seu trabalho coletivo. Portanto, o objetivo geral é estudar os problemas relativos ao trabalho coletivo em equipes de enfermagem e propor uma sistemática que permita aperfeiçoar as intervenções ergonômicas de cunho participativo neste setor.

1.1.2 Objetivos Específicos

Constituem-se em objetivos específicos nesta dissertação:

- O objetivo do primeiro artigo apresentado é identificar os fatores associados ao trabalho coletivo de enfermagem, capazes de influenciar o desenvolvimento das atividades;

- O artigo segundo implica em elaborar mapas conceituais como método de compreensão da atividade, possibilitando a discussão da concepção da dimensão coletiva para trabalhadores do setor da enfermagem em um hospital;

- O terceiro artigo visa implementar uma sistemática para resolução de problemas, provenientes do trabalho de cunho coletivo de um setor hospitalar, focando o profissional técnico de enfermagem.

1.2 JUSTIFICATIVA

A proposta de uma sistemática é a tentativa de concatenar ou organizar idéias nesta pesquisa sob a visão da ergonomia participativa. Caracteriza uma proposta de comunicação entre os pesquisadores que advém de várias áreas do conhecimento como no caso da ergonomia (engenheiros, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, etc.). Para Abrahão e Pinho (1999) a análise do trabalho e a transformação das atividades incorporam, para a ergonomia, conhecimentos científicos provenientes de diversas áreas (antropometria, fisiologia, psicologia, sociologia, etc.) e os aplica para modificar o trabalho. O ergonomista, na concepção destes autores, busca conhecimentos que subsidiem sua ação e que modelizem os instrumentos de comunicação entre os pesquisadores; isto é, deve-se buscar uma unificação de conceitos entre os

pesquisadores advindos de diversas áreas, necessários para o desenvolvimento dos métodos de intervenções. Lima (2004) relata que apesar de verificar-se uma grande quantidade de publicações em ergonomia, poucas trazem textos relacionados aos métodos de análise do trabalho, sendo mais comuns pesquisas pontuais, como análise de posturas, da organização do trabalho, entre outros.

A abordagem participativa de análise do trabalho pode contribuir para a resolução de diversos problemas numa organização, não apenas os de gestão como os de natureza ergonômica. Soluções inovadoras podem advir do conhecimento do grupo de trabalhadores na análise de seus próprios problemas, surgindo daí soluções bastante realistas (WILSON et al., 2005). Deve-se valorizar o conhecimento dos participantes de uma atividade, assim como suas atitudes, conforme pesquisa de Haslam (2002). Haines (1998) e Haines e Carayon (1998), bem como Karlton e Eklund (2000) e Carayon e Smith (2000) definem que existem pesquisas acadêmicas focadas nos benefícios e malefícios das abordagens ergonômicas participativas, mas o que é deficitário no meio acadêmico são programas nos quais o processo de estruturação teórica da abordagem esteja descrito. Os autores relatam que as razões para a utilização da ergonomia participativa já foram descritas pela academia, o que falta é explicitar como abordar esta metodologia.

De outra forma, uma abordagem participativa do trabalho da enfermagem está justificada pela natureza de grupo ou coletiva desta profissão. A análise do trabalho em grupo destes profissionais poderia beneficiar-se de seu conhecimento e experiência, além de sua capacidade de aprendizado, levando a uma melhor aceitação das mudanças propostas pelo estudo ergonômico e posterior satisfação no trabalho.

A justificativa prática do tema se dá pela importância dos colaboradores estarem envolvidos na organização, relatando sua tarefa sob seu próprio ponto de vista. Assim, Hodson (1996) expõe que os resultados de estudos abordados sob o paradigma da ergonomia participativa ainda estão em vias de desenvolvimento. Para Abraão e Pinho (1999) a construção do conhecimento na prática ergonômica se dá a partir da ação, integrando os conhecimentos de áreas distintas, mas sem excluir os próprios trabalhadores da intervenção ergonômica, importantes para a avaliação e sistematização das mudanças designadas pelo ergonomista.

1.3 DELIMITAÇÕES

Este estudo tem como foco restrito a equipe de enfermagem, em especial os técnicos de enfermagem de um setor hospitalar. A análise e as problemáticas concernentes ao trabalho coletivo interdisciplinar não foram tratados, apesar de serem abordadas de forma superficial durante o estudo.

As variáveis estudadas tais como flexibilização e regulação foram tratadas como sendo análogas, constituindo uma única variável, devido à dificuldade de distingui-las semanticamente nos diversos artigos analisados na revisão teórica.

1.4. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação é organizada sob a forma de artigos, os quais versam sobre a análise participativa do trabalho de profissionais da equipe de enfermagem.

A estrutura do documento é iniciada por uma introdução, que apresenta a natureza do problema de pesquisa e do cenário atual e sua justificativa. Também é apresentado um objetivo geral e objetivos específicos, distribuídos entre os artigos. Em seguida os artigos são apresentados.

O primeiro artigo intitulado “O trabalho coletivo em enfermagem: uma revisão da literatura” analisa o contexto com relação aos profissionais de enfermagem, considerando o enfoque no trabalho de ordem coletiva. Observa-se que este coletivo pode regular positiva ou negativamente o modo operatório de uma ação, podendo ofertar sofrimento de maior ou menor grau. Assim, através de uma revisão sistemática de 61 estudos que consideram o trabalho coletivo da enfermagem, o artigo objetivou identificar os fatores associados a este, tais como: aspectos psicossociais, doenças, performance no trabalho, qualidade do trabalho, absenteísmo, autonomia, interdependência, flexibilização e regulação do trabalho. Também foram incluídas na pesquisa as variáveis turnos e trabalho em tempo integral e parcial, uma vez que estes fatores podem ter interferência no trabalho coletivo da enfermagem.

Após realizar o primeiro estudo sobre a equipe de enfermagem, que possibilitou um maior entendimento sobre os aspectos do seu trabalho coletivo, foi desenvolvido

então um segundo estudo. Este (“Mapas Conceituais como ferramenta de análise do trabalho coletivo em equipes de enfermagem”) visou demonstrar a utilização de mapas conceituais como método participativo de compreensão da atividade, possibilitando a discussão da concepção da dimensão coletiva para trabalhadores do setor da enfermagem em um hospital, com enfoque restrito às atividades das técnicas de enfermagem, sem no entanto desconsiderar a visão das enfermeiras. Foi demonstrado características do trabalho coletivo da equipe de enfermagem de uma unidade de tratamento adulto durante a tarefa da passagem de plantão. Sendo expostas problemáticas relacionadas ao trabalho coletivo durante a passagem de plantão.

As problemáticas identificadas e abordadas nos dois primeiros artigos foram então tratadas de maneira participativa em um terceiro artigo (“Método de análise e discussão de problemas acerca do trabalho coletivo no setor de enfermagem em um hospital”). Neste estudo foram idealizados procedimentos capazes de contemplar participativamente os problemas de ordem coletiva, enfrentados pela organização hospitalar estudada, baseado na Árvore de Pré-requisitos provenientes do Processo de Pensamento da Teoria das Restrições e na Técnica de Grupo Nominal. Assim, as dificuldades provenientes do trabalho de cunho coletivo das técnicas de enfermagem foram discutidas e formulou-se uma abordagem de ação decorrente dessa discussão.

A compilação dos três artigos estrutura o documento, seguindo-se então uma discussão acerca do tema e a conclusão do documento. As referências inseridas ao final do documento são concernentes apenas à sua primeira parte (introdução, justificativa e discussão). As demais referências, isto é, aquelas relativas aos artigos estão dispostas ao final de cada um deles.

**ARTIGO 1: O TRABALHO COLETIVO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

O trabalho coletivo em enfermagem: uma revisão da literatura

Resumo

Ao considerar o enfoque no trabalho de ordem coletiva, observa-se que este pode regular positiva ou negativamente o modo operatório de uma ação, podendo ofertar sofrimento de maior ou menor grau. Assim, o objetivo deste artigo é identificar os fatores associados ao trabalho coletivo de enfermagem, através de uma revisão sistemática de 61 artigos sobre o tema. Os estudos analisados consideraram e discutem fatores como: aspectos psicossociais, doenças, performance no trabalho, qualidade do trabalho, absenteísmo, autonomia, interdependência, flexibilização e regulação do trabalho. Na pesquisa também foram incluídas as variáveis turnos e trabalho em tempo integral e parcial. Os resultados apresentam os artigos encontrados distribuídos conforme seu tipo de estudo, sendo a maioria trabalhos qualitativos. Como conclusão este estudo evidenciou o valor do trabalho coletivo e sua associação com algumas atribuições ocupacionais e organizacionais tais como: aspectos psicossociais, doenças, performance no trabalho, qualidade do trabalho, absenteísmo, autonomia, interdependência, flexibilização, regulação, ainda que algumas delas necessitem ser mais amplamente estudadas (trabalho em turnos e trabalho em turno parcial e integral). Também concluiu-se que a maioria dos estudos relativos ao trabalho coletivo da enfermagem são de cunho qualitativo devido à complexidade do tema.

Palavras-chave: Equipe, Enfermagem, Trabalho, Trabalho em Equipe

Abstract

Considering the focus on collective work it appears that it may positively or negatively regulate the procedure of an action, offering major or minor pain degree. The aim of this article is through a systematic review of 61 studies that consider the nursing collective work to identify associated factors, such as psychosocial aspects, disease, work performance, quality of work, absenteeism, autonomy, interdependence, flexibility and regulatory work. In the research it was also included and discussed variables as shifts and full/part time job. The study demonstrated the value of collective work and its association with some occupational and organizational tasks within psychosocial, disease, work performance, work quality, absenteeism, autonomy, interdependence, flexibility and regulation. Although some of them need to be more widely studied (shift work and part time and full time work).

Key Words: Team, Nursing, Work, Team work

Introdução

A complexidade do cuidado em saúde tem crescido nas últimas duas décadas, resultante de avanços biomédicos, do envelhecimento populacional e da regulação dos custos das atividades. Esta crescente complexidade dos conhecimentos e habilidades

requeridos para o assistir em saúde (cuidar e tratar) tem resultado em um aumento da necessidade de especialização. Segundo Thomas et al., espera-se que os profissionais da saúde sejam capazes de realizar um número cada vez maior de atividades, com uma melhor qualidade; mas em contrapartida ofertam-se cada vez menos condições para isto. De forma inversa, as responsabilidades de médicos, enfermeiros e dos demais profissionais da saúde têm aumentado concomitantemente. Assim, os limites entre as profissões da saúde têm se tornado menos demarcados e a necessidade de interdependência entre os profissionais mais acentuada (LOPES, 1997; MARZIALE. CARVALHO, 1998; AIKEN et al., 2001; HALL; WEAVER, 2001; PINHO, 2006).

A gênese de uma equipe se justifica pela necessidade de rompimento da divisão existente no trabalho dos profissionais implicados, pela possibilidade de responsabilização, pelo planejamento e execução de ações de cada equipe (MARZIALE; CARVALHO, 1998; CARAYON; GURSES, 2005) O sistema em equipe na enfermagem é um método de distribuição dos cuidados, com base na partilha de tarefas entre os membros da equipe (ALDERSON et al., 2005).

O trabalho em equipe tem sido então proposto na área da saúde como uma alternativa à segmentação de áreas (especialização), intensa atualmente. Este processo não articula os diversos conhecimentos necessários ao atendimento de pacientes, apenas individualiza as ações entre os profissionais. No entanto, o tratamento ao paciente não é uma atividade individualizada, onde apenas uma área é necessária. Há uma dificuldade de encontrar discussões sobre a articulação de trabalhos do tipo especialista na literatura (CHOI; PAK, 2007).

Alguns artigos discutem o trabalho coletivo entre enfermeiros e médicos ou entre as equipes multidisciplinares (GAIVA; SCOCHI, 2004), mas poucos focam sua discussão no trabalho coletivo do grupo de enfermagem. O trabalho do enfermeiro na unidade hospitalar envolve diversas tarefas como coordenar a assistência e executar diversos procedimentos, prevendo condições de infra-estrutura para o desenvolvimento e o correto funcionamento do trabalho coletivo, no âmbito da organização do trabalho da equipe de enfermagem e do ambiente hospitalar (RODRIGUES; LIMA, 2004). O trabalho dos técnicos de enfermagem consiste nos cuidados relacionados à medicação, higiene e necessidades dos pacientes. Assim, no processo de trabalho em saúde, os

profissionais executam as atividades com interdependência e complementaridade (RODRIGUES; LIMA, 2004; GUSTAVO, 2001), necessitando de configurações de trabalho de ordem coletiva (LOPES, 1997; ALDERSON et al., 2005).

Há uma dimensão coletiva, com necessidade de cooperação no trabalho de enfermagem, mas as diferentes tarefas são padronizados por normas e rotinas, o que acaba por mecanizar e fragmentar o processo de trabalho, fortalecendo a divisão social e técnica do trabalho hospitalar (LOPES, 1997; RODRIGUES; LIMA, 2004). Essa interdependência, necessária para os processos, tem levado os profissionais a perceber uma falta de autonomia no seu trabalho, que acaba por minimizar a sua satisfação e contribui para um *turnover* elevado (KATRINLI et al., 2009; RAFFERTY et al., 2009). No cotidiano do trabalho de enfermagem existem conflitos não apenas intergrupo, mas também intragrupo, isto é, existem problemas nas relações de trabalho dentre os agentes da própria equipe, relativos à autonomia e poder (RODWELL, 1996; LIMA; ALMEIDA, 1999).

Algumas pesquisas têm focado a profissão de enfermagem como população de estudo pela relevância que esta profissão representa para a sociedade (NORRISH; RUNDALL, 2001; UNRUTH, 2007, ZHANG et al., 2001; GARLET, 2008) e pelos altos índices de absenteísmo apresentados por esta população (ESTRYN-BÉHAR et al., 2007). No entanto, muitos dos estudos realizados com os profissionais de enfermagem objetivam apenas descrever o mercado de trabalho, seu perfil profissional ou sua carga de trabalho (PINHO, 2006). Isto subestima o trabalho coletivo por eles desenvolvido, uma vez que diversos profissionais têm de atuar em equipe por uma mesma causa, ou seja, o paciente. Estudos na área vêm valorizando o comportamento individual das enfermeiras no desempenho de suas funções, mas o pressuposto de que este trabalho é configurado coletivamente ainda não foi abordado de maneira adequada (PINHO, 2006).

Na área da saúde ainda existem poucas evidências concernentes ao trabalho coletivo (SZNELWAR; UCHIDA, 2004). Ao considerar o enfoque no trabalho de ordem coletiva, observa-se que este pode regular positivamente ou negativamente o modo operatório de uma ação, podendo ofertar sofrimento de maior ou menor grau (JAQUES; CODO, 2002). Durante o cotidiano do trabalho de enfermagem podem ser

identificadas diversas situações de dificuldades de relações de trabalho com a própria equipe de enfermagem e com os demais integrantes da equipe de assistência a saúde (LOPES, 1997). Porém, enquanto o trabalho coletivo tem um apelo até mesmo intuitivo, seu impacto em processos organizacionais e em resultados é mais difícil de ser mensurado (RAFFERTU et al., 2009).

Poucos estudos de revisão da literatura foram realizados focando o trabalho coletivo desenvolvido pela profissão de enfermagem. Alguns destes artigos (MOLLER, 1999; CUMMINGS; ESTABROOKS, 2003; ALDERSON et al., 2005) acabaram por abordar o trabalho coletivo de maneira superficial, uma vez que objetivavam discutir variáveis relacionadas à organização ou reorganização do trabalho da enfermagem em hospitais.

Analisando o contexto descrito com relação aos profissionais de enfermagem, este trabalho objetiva, através de uma revisão sistemática de estudos que consideram o trabalho coletivo da enfermagem, identificar os fatores associados a este, tais como: aspectos psicossociais, doenças, performance no trabalho, qualidade do trabalho, absenteísmo, autonomia, interdependência, flexibilização e regulação do trabalho. Também foram incluídas na pesquisa as variáveis turnos e trabalho em tempo integral e parcial, uma vez que estes fatores que influenciaram de maneira positiva ou negativa no trabalho coletivo da enfermagem.

Método

Foram revisados 61 artigos que abordavam o trabalho coletivo da equipe de enfermagem, em bases como Pubmed, Scholar Google, LILACS e Scielo Brasil. O período de busca de artigos ocorreu entre os meses de novembro de 2008 e maio de 2009. Também identificou-se artigos nos quais o trabalho coletivo não era o tema principal, mas foram incluídos por tratarem e discutirem paralelamente a problemática. Os artigos incluídos na pesquisa deveriam abordar o trabalhador de enfermagem no contexto hospitalar. Desta maneira, excluíram-se artigos que focassem apenas o trabalho coletivo multidisciplinar e os programas de saúde públicos (como saúde da família, agentes comunitários de saúde, entre outros).

O texto elaborado neste artigo, concernente aos dados analisados, foi dividido em duas partes: a primeira descrevendo artigos que investigaram o trabalho coletivo ou em equipe de enfermagem; a segunda relacionando o trabalho em equipe com algumas variáveis consideradas pertinentes pelos autores (performance, autonomia, absenteísmo, etc.), uma vez que poderiam influenciar ou serem influenciadas pelo trabalho coletivo, enfatizando seus métodos de estudo e resultados. Com relação à classificação dos artigos, caso fossem pertinentes, alguns foram alocados ou relacionados com mais de uma variável. No caso de um mesmo artigo discutir duas ou mais variáveis diferentes, este foi alocado para estas variáveis. Como exemplo cita-se o artigo AbualRub (2004), que discute as variáveis ‘performance’ e ‘psicopatologia’, sendo alocado nas duas variáveis.

Cada variável foi analisada quanto ao seu método e seus resultados. Também foi analisado e descrito o tipo de estudo, se quantitativo ou qualitativo. Além disso, foi considerado o relacionamento destas variáveis com o trabalho coletivo, indicando se os autores discutiram a existência ou não de relação entre eles, ou ainda, se não expressaram relação. Salienta-se que a não classificação de artigos foi utilizada no caso de o(s) autor(es) partir(em) do pressuposto da existência de relação das variáveis relacionadas, sem, no entanto, discuti-la no estudo revisado. Porém, alguns destes artigos foram incluídos por abordarem informações pertinentes à discussão deste estudo.

Resultados

Foram encontrados 18 artigos que descrevem o trabalho coletivo da equipe de enfermagem (Quadro 1). Alguns desses artigos não tinham como foco principal o coletivo da enfermagem, mas discutiram-no durante o texto. Dentre estes estudos, cinco utilizaram métodos quantitativos e sete qualitativos, apenas dois artigos utilizaram ambos os métodos e os outros quatro encontrados foram de revisão.

Autor	Objetivo	Tipo de estudo	Descrição
Thomas et al. (2003)	Medir e comparar atitudes de médicos e enfermeiras da unidade de terapia intensiva sobre o trabalho em equipes	Pesquisa Quantitativa	Questionário ICUMAQ (<i>Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire</i>), comparando atitudes de grupos de médicos e enfermeiros.
Marziale; Carvalho (1998)	Analisar as condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem	Pesquisa Qualitativa e Quantitativa	Entrevistas com a equipe de enfermagem e observações intermitente e direta

Autor	Objetivo	Tipo de estudo	Descrição
Pinho (2006)	Apresentar os elementos facilitadores e restritivos para eficácia da equipe de saúde, destacando o trabalho multi e interdisciplinar	Pesquisa Quantitativa e Qualitativa	Questionário, entrevista semi-estruturada em profundidade e observação participante
Alderson et al. (2005)	Estudar a organização do trabalho da enfermagem, visando o significado do trabalho para esta população e sua saúde	Revisão	Artigos sobre o significado do trabalho para as enfermeiras
Gaiva; Scochi (2004)	Analisar o processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal	Pesquisa Qualitativa	Observação participante e análise de documentos hospitalares
Lima; Almeida (1999)	Analisar o trabalho para apreender práticas, saberes, relações sociais e tecnologias na intervenção sobre o paciente	Pesquisa Qualitativa	Observações participantes sobre a organização tecnológica e social do trabalho em saúde do hospital, atentando à enfermagem.
Rodrigues; Lima (2004)	Entender a multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em um hospital	Pesquisa Qualitativa	Entrevistas, análise documental e observação livre. Ênfase na organização do trabalho, atividades de enfermagem e condições de trabalho
Rafferty et al. (2009)	Explorar a relação entre trabalho em equipes interdisciplinares e autonomia da enfermagem em relação ao paciente, além de performance e qualidade do trabalho da equipe de enfermagem	Pesquisa Quantitativa	Questionário com enfermeiras na Inglaterra
Norrish; Rundall (2001)	Efeitos da reestruturação hospitalar no trabalho de enfermeiras, especificamente sob os papéis desenvolvidos, carga de trabalho e autonomia no trabalho	Revisão	Artigos sobre a reestruturação hospitalar
Estryn-Behar et al. (2007)	Demonstrar se e como o ambiente social de trabalho, características de trabalho em equipe, <i>burnout</i> e fatores pessoais estão relacionadas com a intenção de deixar o emprego	Pesquisa Quantitativa	Questionário com enfermeiras da Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Noruega, Holanda, Polônia, Eslováquia e Reino Unido (NEXT RESEARCH)
Sznelvar; Uchida (2004)	Caracterizar os fatores de sofrimento no trabalho hospitalar em auxiliares de enfermagem	Pesquisa Qualitativa	Criação de grupos homogêneos voluntários, reuniões com auxiliares de enfermagem e pesquisadores, redação, discussão e validação de documento
Cummings; Estabrooks (2003)	Evidenciar efeitos da reestruturação hospitalar incluindo demissões do trabalho, com enfermeiras empregadas sobre a saúde e qualidade de vida	Revisão	Artigos discutindo as problemáticas relacionadas à reestruturação hospitalar incluindo demissões e efeitos nas enfermeiras e na sua equipe
Kumar; Parkinson (2001)	Examinar a estrutura e o funcionamento de várias equipes em uma unidade para pessoas com dificuldades de aprendizado e a sua relação com eficácia do trabalho interprofissional	Pesquisa Qualitativa	Análise de documentos e entrevistas sobre aspectos do trabalho coletivo
Sexton et al. (2009)	Pesquisar atitudes da equipe de enfermagem e medicina durante operações, relativo a estresse, fadiga e erros	Pesquisa Quantitativa	Comparação da equipe de enfermagem e medicina de UTIs com equipe de tripulação aérea
Pires; Matos (2006)	Situar as abordagens teóricas da administração na organização do trabalho do setor da saúde e especialmente da enfermagem	Revisão	Discussão do trabalho coletivo das enfermeiras
Cott (1998)	Examinar a relação entre estrutura e significância para a equipe de saúde de equipes multidisciplinares	Pesquisa Qualitativa	Entrevistas semi-estruturadas em profundidade

Autor	Objetivo	Tipo de estudo	Descrição
Camerino et al. (2009)	Observar a relação entre condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem	Pesquisa Quantitativa	Estudo com desenho intercultural e longitudinal. Questionário elaborado parcialmente pelo grupo de estudo NEXT
Gindri et al. (2003)	Identificar a percepção dos profissionais auxiliares de enfermagem sobre o trabalho do enfermeiro	Pesquisa Qualitativa	Entrevistas e questionários com perguntas subjetivas

Quadro 1 – Estudos sobre trabalho coletivo e enfermagem (objetivos e descrições)

Os artigos revisados na segunda parte da pesquisa, em um total de 43 estudos, incluíram variáveis tais como: performance no trabalho, absenteísmo, qualidade do trabalho, autonomia, interdependência, regulação, turnos de trabalho e trabalho em turno parcial ou integral; além de patologias e psicopatologias que afetam esta população. Estes foram alocados conforme seu tipo de estudo. Destes, a maioria (19 estudos) utilizaram metodologia quantitativa, dezessete qualitativa, quatro foram de revisão e três utilizaram ambos os métodos qualitativo e quantitativo (Gráfico 1). Assim, a maioria (36% dos estudos) foram estudos que utilizou métodos quantitativo. 32% dos estudos utilizaram métodos qualitativos. Artigos de revisão perfizeram 18% e estudos que utilizaram ambos os métodos (qualitativo e quantitativo) foram 11%. Estes totalizaram 43 artigos diferentes.

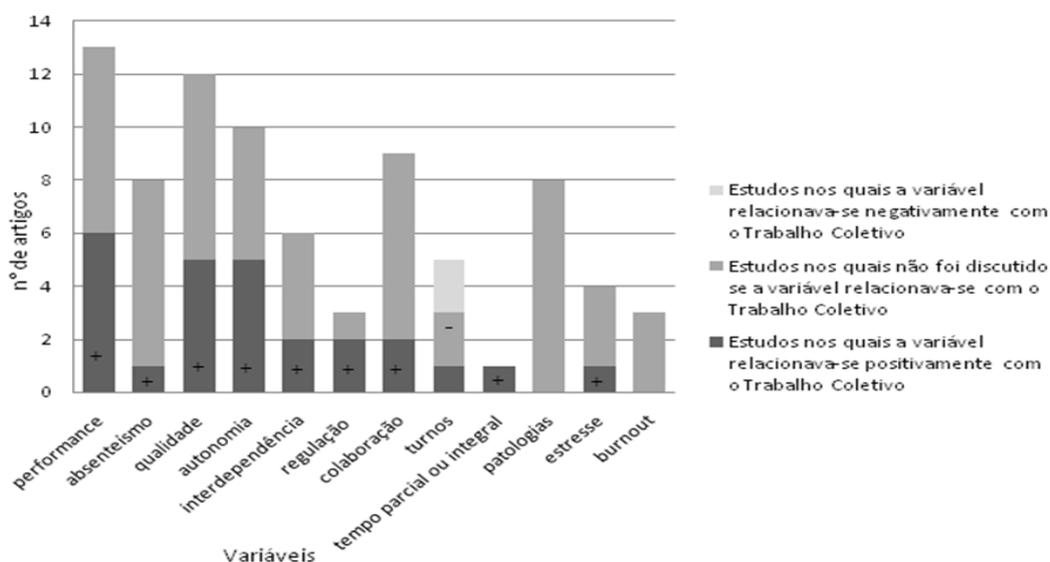


Gráfico 1 - Relação das variáveis com trabalho coletivo

Artigos de um mesmo autor que discutiram variáveis diferentes foram alocados tantas vezes quanto necessário a Tabela 1, a fim de mostrar se foi discutida sua relação

com o trabalho coletivo. Sendo assim, os artigos que discutiram as variáveis e que encontraram relação positiva com o trabalho coletivo foram alocados 26 vezes (14 artigos diferentes). Um artigo encontrou relação positiva com o trabalho em turno e o coletivismo (VERDIER et al., 2004). Apenas dois deles encontraram relação negativa entre trabalho coletivo e esta variável (turno). Estes artigos (ALAGMIR et al., 2008; RAFFERTY et al., 2009) eram de abordagem quantitativa. De modo semelhante, não foi possível estabelecer relação entre as diferentes variáveis estudadas e o trabalho coletivo 54 vezes, em 34 artigos diferentes, de acordo com o exposto no Gráfico 1.

Variáveis	Relação		
	Positiva	Negativa	Não estudada (expressa) no estudo
Performance	[1] [27] [38] [40] [62] [63]		[42] [43] [44] [64] [65] [66] [67]
Absenteísmo	[35]		[39] [40] [41] [42] [43] [44] [65]
Qualidade	[13] [16] [23] [35] [67]		[9] [39] [42] [68] [69] [82] [86]
Autonomia	[12] [15] [16] [23] [48]		[2] [4] [46] [47] [70]
Interdependência	[12] [13]		[4] [9] [51] [71]
Regulação	[13] [23]		[2]
Colaboração/cooperação	[62] [72]		[4] [23] [51] [52] [53] [55] [73]
Turnos	[28]	[16] [29]	[70] [74]
Trabalho em tempo integral/parcial	[16]		
Patologias			[7] [42] [44] [51] [75] [76] [77] [78]
Psicopatologias	Estresse	[27]	[50] [65] [79]
	Burnout		[2] [39] [80]

Tabela 1 – Variáveis estudadas e sua relação com o trabalho coletivo

No que concerne à relação positiva entre a variável estudada e o trabalho coletivo pôde-se identificar em destaque a performance e a autonomia. Neste caso, 46% dos artigos, que trataram do tema performance e 50% dos que trataram de autonomia, indicaram relação positiva, contendo estas variáveis um número considerável de artigos. Da mesma forma, ao analisar a variável qualidade, observa-se um relacionamento positivo com o trabalho coletivo de 42%. Aparecem também de forma positiva as variáveis interdependência e regulação (com um menor número de trabalhos). No entanto, a variável colaboração, embora apresentando percentuais de relação positiva, estes foram de pouca expressão (somente 22%) em nove estudos realizados. As demais variáveis apresentaram um reduzido número de estudos.

Discussão

De acordo com a revisão realizada, o trabalho coletivo específico da enfermagem não tem sido objeto principal de muitos estudos. Dentre os artigos encontrados, pode-se salientar que a maioria utilizou métodos qualitativos, devido à grande complexidade do trabalho e das variáveis envolvidas da equipe de enfermagem. Além disso, um número considerável de pesquisas têm demonstrado a associação entre uma equipe de trabalho e a satisfação no trabalho, redução dos níveis de burnout e qualidade do trabalho (FOLEY et al., 2002; ERNST et al., 2004; SILEN-; VAHEY et al., 2004; LIPPONEN et al., 2005).

Através desta análise de artigos pôde-se identificar a existência de diversas barreiras para as práticas colaborativas no sistema de saúde, principalmente entre a equipe de enfermagem como: treinamento separado de cada profissional, dificultando a visão do processo como um todo; sistema de saúde de características hierárquicas dificultando o envolvimento da autonomia e igualdade entre classes; dominância da classe médica durante as práticas multidisciplinares; bem como a tradicional independência das práticas médicas, com tarefas bastante seccionadas, o que podem ser as causas do abandono precoce da profissão, relatado em alguns artigos. Neste sentido, as profissões da área da saúde, que culturalmente são consideradas em uma hierarquia superior, tendem a ver as outras profissões como de pouca contribuição e podem desacreditar suas competências.

Existe um parcelamento das ações de ordem coletiva no hospital. A articulação dos papéis dos diferentes profissionais se dá em meio a um ambiente onde o foco do trabalho é o diagnóstico e a terapêutica. Neste ambiente, é o enfermeiro o profissional responsável pelo acompanhamento do cotidiano do paciente. Isto define este profissional como detentor de conhecimentos importantes acerca do estado deste paciente. Sendo assim, os demais profissionais tornam-se dependentes de seu trabalho, requerendo que o trabalho seja realizado de forma interdependente (CHOI; PAK, 2007).

Este trabalho interdependente é característico do trabalho em equipe desenvolvido pelos profissionais da enfermagem em ambiente hospitalar quando frente a outros profissionais não-enfermeiros. Os integrantes da equipe de enfermagem, apesar

de dividirem as mesmas tarefas, não têm incorporado o modo de ação do outro, com suas necessidades.

No entanto, a visão de trabalho em equipe exposta pelos diversos autores citados nesta revisão não é suportada pela concepção de trabalho coletivo de Pinho (2006) e Robbins (2009), pelo fato de haver um parcelamento de ações no ambiente hospitalar. Estes autores definem trabalho coletivo como um grupo de pelo menos dois indivíduos que interagem de forma dinâmica, adaptativa e interdependente, congruentes entre si devido a um objetivo comum, não desempenhando atividades parceladas.

Assim, a diferenciação entre grupos e equipes de trabalho é realizada por Robbins (2009), Pinho (2006) e Hall e Weaver (2001), que citam que um grupo de trabalho se dá quando a interação entre os pertencentes ao grupo ocorre devido à necessidade de partilhar informações e tomadas de decisão, sendo este apenas a congregação de contribuições individuais de seus membros, sem a necessidade de colaboração; a equipe de trabalho, semelhantemente, ocorre quando do agrupamento de indivíduos. Todavia em uma equipe de trabalho, o desempenho do grupo é maior que a simples soma das performances de seus integrantes, sendo que há uma responsabilização coletiva destes, sendo sua colaboração essencial.

A responsabilização coletiva pelo paciente e pelas problemáticas diárias do setor de saúde diminui a hierarquização profissional, abrindo espaço para seu desempenho coletivo. Assim, no trabalho em equipe existe uma continuidade de ações onde cada indivíduo oferece suas habilidades e conhecimentos às contribuições dos outros, mantendo-se relações hierárquicas horizontais (GINDRI et al., 2005).

Ainda não existe uma concepção única e disseminada de trabalho coletivo em saúde. O que existe é uma definição de equipe interdisciplinar de atenção à saúde (PINHO, 2006): indivíduos de diferentes formações trabalhando conjuntamente em uma unidade. Deste modo, membros de um grupo interdisciplinar desempenham tarefas contínuas em colaboração, sendo esta visão congruente com visão de equipe exposta por Pinho (2006) e Robbins (2009). O objetivo desta interdisciplinaridade é resolver as problemáticas dos pacientes através da colaboração integrada pelos diversos profissionais que formam seu grupo, com liderança compartilhada de acordo com o problema apresentado. No trabalho coletivo em saúde verifica-se uma especificidade do

setor: a necessidade do trabalho especializado. Isto pode contribuir de maneira negativa para o trabalho em equipe, visto que o discurso de um membro posicionado superior hierarquicamente pode abafar o discurso de outros membros da equipe (relação enfermeiro – técnico), resultando em relações de poder negativas intragrupo. No entanto, afirma-se a importância da congruência de opiniões advindas de diferentes atores para o trabalho em equipe de saúde.

Existem conflitos sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendem a dinâmica do trabalho coletivo em saúde. Alguns autores (RODWELL, 1996; ZHANG et al., 2001; CUMMINGS; ESTABROOKS, 2003) propõem uma transformação profunda dos processos de trabalho associados à construção de novos modelos de gestão, com maior horizontalização das relações de trabalho em saúde, o que poderia incluir maior autonomia aos auxiliares de enfermagem, que desenvolvem um saber prático, pouco explorado pela divisão social do trabalho hospitalar vigente.

A forma de organização do trabalho em equipe tenta romper com a fragmentação do trabalho em hospital (o modelo biomédico). As fragmentações de tarefas, as dificuldades de comunicação, a hierarquização, a necessidade de especialização e a falta de colaboração podem desencadear em uma organização do trabalho insatisfatória para o setor. No entanto, a existência de uma sobreposição de papéis facilita o trabalho colaborativo, visto que é necessário entender o trabalho do outro para que a colaboração exista.

Uma problemática enfrentada para o trabalho desenvolvido sob a forma de equipe hospitalar é a crescente escassez de profissionais enfermeiros no setor, além da crescente carência destes profissionais devido às condições de trabalho. Esta é uma problemática frequentemente exposta por pesquisas situadas em países europeus (MARZIALE, 2001; FACKELINNAN, 2001; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007;). Não obstante, este fato vem sendo verificado nos demais países, principalmente na América do Sul devido a dificuldades políticas e econômicas (LEPPA, 1996; MARZIALE, 2001; FACKELINNAN, 2001; HEGNEY et al., 2003; COX, 2003; BOURBONNAIS, 2005; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007;). Desta maneira, formas de recrutamento e manutenção da força de trabalho da equipe de enfermagem devem ser encorajadas, visto que o desejo de abandonar a profissão está relacionado a fatores como: a qualidade do

trabalho em equipe, relações interpessoais, possibilidades de carreira e influência no trabalho (GOODIN, 2003; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007).

Analisando-se a produção científica sobre o tema trabalho coletivo (Quadro 1), foi constatada a necessidade de expor alguns fatores pertinentes (performance, interdependência, cooperação, absenteísmo, etc.), destacando-se sua relação com o trabalho coletivo da profissão de enfermagem. Seguindo-se esta análise, estes fatores foram descritos na Tabela 1, mostrando se o estudo relacionou a variável ao trabalho coletivo.

As variáveis que apresentaram um maior número de estudos relatando relação positiva com o trabalho coletivo foram performance, autonomia e qualidade. Além destas, a variável trabalho em turno foi a única relacionada negativamente ao trabalho coletivo, apesar de uma publicação apontar para uma relação positiva (VERDIER et al., 2004). Nos demais fatores (absenteísmo, interdependência, regulação, estresse e *burnout*), devido ao número reduzido de estudos que discutiram sua relação com trabalho coletivo, não se foi capaz de estabelecer conclusões.

Embora o número de pesquisas consideradas, a variável colaboração apresentou poucos estudos discutindo a relação positiva entre esta e o trabalho coletivo. Esta constatação contraria os achados em estudos de ergonomia, onde colaboração e coletividade são discutidas como variáveis dependentes (BARTHÉ; QUÉINNEC, 1999; DÉTIENNE, 2006; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007;). Salienta-se que no caso de o autor partir do pressuposto que a variável tinha relação com o trabalho coletivo, esse foi colocado em “não estudada (expressa) no estudo”, na Tabela 1.

Apenas um artigo (RAUHALA et al. 2007) afirmou a relação entre o nível de trabalho de ordem coletiva das enfermeiras e as taxas de absenteísmo, apesar de outros discutirem estas variáveis como indubitavelmente relacionadas (AIKEN et al., 1993; HEGNEY et al., 2003; BOURBONNAIS et al., 2005; COSTA et al., 2009). Esta correlação poderia ser explicada pelo fato de que fatores psicológicos são um dos problemas relacionados a altas taxas de absenteísmo. Como exemplo cita-se a insatisfação no trabalho.

De acordo com a revisão, uma equipe de trabalho, no contexto da enfermagem, é uma forma de trabalho capaz de minimizar a fadiga geral (física e mental) a que estão submetidos estes trabalhadores. O trabalho coletivo é uma forma de compensação de eventos negativos neste meio, desde que haja uma comunicação eficaz entre seus membros com autonomia. Estes fatores têm influência em níveis de satisfação e contentamento no trabalho. Equipes que têm boas relações entre seus membros prestam melhores cuidados aos pacientes. Deste modo, a organização do trabalho em equipe tem indicações de ser um dos fatores relevantes para a alta performance e qualidade no trabalho da enfermagem.

Os artigos que apresentaram a colaboração como tendo relação positiva com o trabalho coletivo (VILLAR, 2002; COX, 2003) a discutiram afirmando que o apoio entre colegas enriquece e facilita a performance no trabalho dos enfermeiros. Esse faz com que os enfermeiros estejam mais satisfeitos com seu trabalho. O apoio durante as tarefas acarreta em um menor número de erros e de menor complexidade, melhorando a performance e garantindo maior qualidade no trabalho. Isto se deve ao fato de que o trabalho coletivo estimula o relacionamento entre colegas e assegura o seu comprometimento com as tarefas desempenhadas (READER et al., 2009).

Atitudes de trabalho em equipes são associadas com comportamentos de busca de redução de erros. Atitudes não congruentes no trabalho das enfermeiras, com características individualistas, podem ser fontes significativas de insatisfação no trabalho. Esta insatisfação é um dos fatores que levam ao absenteísmo no trabalho e à demissão voluntária, diminuindo o número de enfermeiros disponíveis (JAQUES; CODO, 2002; SOURDIF, 2004).

O absenteísmo na equipe de enfermagem é problemático, uma vez que desorganiza o serviço, gerando sobrecarga para os trabalhadores presentes e conseqüente insatisfação no trabalho e queda da qualidade de atendimento destes profissionais. Outros artigos (SILVA; MARZIALE, 2000; RAUHALA et al., 2007; COSTA et al., 2009) discorrem que são diversas as causas de absenteísmo na população de enfermeiros: insatisfação no trabalho, carga excessiva de trabalho, doenças, acidentes, estresse, trabalho em turnos, entre outros. A articulação e a coordenação do trabalho em equipe podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e

manutenção do apoio social em um grupo de trabalho, contribuindo para menores taxas de absenteísmo. Por outro lado, o absenteísmo pode acarretar em falta de coesão de grupo.

Apesar da verificação de que a qualidade do trabalho em serviços depende do trabalho individual ou em grupo estar estabelecida, a relação entre o trabalho sob a forma de equipe e os resultados do trabalho da enfermagem permanece ambígua. Alguns estudos (LEPPA, 1996; ZHANG et al., 2001; KUMAR. PARKINSON, 2001; RAFFERTY et al., 2009) encontraram relação positiva entre o trabalho em equipes com resultados de pacientes e outros não foram capazes de relacionar tais variáveis, devido a limitações metodológicas e teóricas, como amostragem pequena ou instrumentos de coleta de dados não testados anteriormente à aplicação da pesquisa.

A autonomia também é um fator importante para a implantação e o funcionamento de grupos, sendo que existem definições diversas para o termo (ESTRYN-BÉHAR et al., 2007; KATRINLI et al., 2009; TOMEY, 2009). Autonomia está relacionada a poder e a empoderamento (TOMEY, 2009). Ter poder significa ter a influência e o controle sobre processos e resultados. O poder, para a enfermagem, pode advir de uma estrutura institucional que promova seu empoderamento. Deste modo, enfermeiras são autônomas quando estabelecem padrões e objetivos, monitoram práticas e medem resultados. No entanto, constatou-se que pesquisas que focam as relações de empoderamento do pessoal de enfermagem são escassas.

O trabalho coletivo pode ainda ser mais efetivo quando os trabalhadores envolvidos têm autonomia ou, vice-versa. Além disto, quando a enfermagem mantém boas relações de trabalho com outros membros do grupo, há uma facilitação às tomadas de decisão por parte daqueles. Portanto, as organizações podem promover autonomia aos enfermeiros sem temer que isso possa suprimir o trabalho de ordem coletiva.

Alguns estudos (RODWELL, 1996; MOIR; ABRAHAM, 1996; LOPES, 1997; LIMA; ALMEIDA, 1999; AIKEN et al., 2001; SAAD, 2008; KATRINLI et al., 2009) focalizam a autonomia entre os profissionais da equipe de enfermagem, no entanto a grande maioria dos estudos disponíveis discorre sobre autonomia entre profissionais diversos, principalmente entre enfermeiros e médicos.

A autonomia dos profissionais da equipe de enfermagem é limitada pela interdependência com outros profissionais. Foi evidenciado que os enfermeiros resistem à subordinação médica, indicando a necessidade de ampliação de sua autonomia profissional (LIMA; ALMEIDA, 1999). Aqueles com maior autonomia no cotidiano do trabalho têm maior comunicação no trabalho e, conseqüente, melhor coletivização do trabalho. O trabalho dos técnicos da equipe de enfermagem é demasiadamente parcelado em atividades por categoria profissional, dificultando a visão de todo o processo de atendimento aos pacientes aos quais prestam cuidados (HAM, 2003). Estas profissionais também carecem de autonomia para resolver até mesmo os mais simples problemas que surgem no desenvolvimento do cuidado, necessitando referir-se constantemente ao enfermeiro.

As relações sociais que acontecem entre os agentes denotam a organização social e técnica do trabalho, assim como interdependência e espaços de intersubjetividades das diversas práticas. Interdependência mútua perfaz a colaboração essencial para atingir resultados, para que tensões intra-grupo sejam negociadas entre o próprio grupo, não desfazendo a atividade coletiva.

Apenas um estudo (ALDERSON et al., 2005) afirmou que em um sistema de organização de trabalho em equipe as enfermeiras e as técnicas de enfermagem enfrentam maiores frustrações no trabalho, uma vez que há uma maior ambigüidade de papéis e falta de especificidade profissional do que em um sistema modular de prestação de cuidados, em que a prestação de cuidados é individualizada e contínua. Este estudo afirma que a equipe de enfermagem tende a assumir uma identidade grupal sincrética (não baseada na integração dos seus participantes, denominação de Shimizu e Ciampone, 2002). Os diversos integrantes da equipe não diferem entre o 'eu' e o 'outro', não reconhecendo conteúdos internos de cada um. Assim, não há identidade própria e individualizada, uma vez que esta identidade é fortemente relacionada ao grupo ao qual faz parte o indivíduo. Os demais estudos encontrados (AIKEN et al., 1993; AIKEN et al., 2001, ALDERSON et al., 2005; AQUINO, 2005) citam que o trabalho organizado em forma de equipe é capaz de diminuir as fontes de *distress* (dificuldades) do grupo de enfermagem.

Para que haja colaboração nos diversos sistemas de saúde, comunicação livre e entendimento mútuo entre profissionais da enfermagem e os demais profissionais e pacientes são requisitos para a qualidade do cuidar em saúde. Assim, as barreiras para a colaboração são diversas: competição profissional, diferenças educacionais, falta de entendimento sobre os diversos papéis desempenhados, comunicação ineficaz e relações hierárquicas (KELEHER, 1998; STAPLETON, 1998; MCCALLIN, 2001; MELCHIOR et al., 2003;).

Um importante aspecto do ambiente de trabalho hospitalar das enfermeiras é que elas são requisitadas constantemente, ou seja, 24 horas por dia. Dois artigos apontam para a falta de coesão grupal entre os trabalhadores de turno noturno e um artigo (VERDIER et al., 2004) relata que uma maneira eficaz de compensar as dificuldades relacionadas ao trabalho noturno (*constrains*) é o trabalho cooperativo, isto é, o apoio mútuo entre colegas e transferência de tarefas entre eles, além de citar a importância de pequenas pausas regulares. Os efeitos do trabalho em turnos sobre a coletividade do grupo de trabalho ainda não foram estudados sistematicamente. Apenas um estudo (PIRES; MATOS, 2006) pesquisou sobre a relação entre o trabalho em turno integral ou parcial com o coletivo, e qualquer generalização não pode ser realizada.

O estilo de gerenciamento, carga de trabalho, conflitos profissionais e os custos emocionais de prover cuidado foram os principais fatores de *distress* por muitos anos (até 1997). A partir de 1998, nota-se que pesquisas começaram a apontar para questões de empregabilidade, por exemplo, falta de recompensa pelo trabalho e o trabalho em turnos como principais fatores. O trabalho em ambiente hospitalar é insalubre, perigoso e penoso para os que ali trabalham. Pitta (1999) já afirmava que o hospital é um local privilegiado para o adoecimento, uma vez que além de tornar os agentes patológicos disponíveis no ambiente, ainda é um local de sofrimento psíquico bastante comum. Estes fatores de sofrimento e adoecimento estão em crescimento, em decorrência da alta pressão social e psicológica a que se submetem estes trabalhadores. Assim, o trabalho de enfermagem pode ser considerado um trabalho estressante, sendo esta população particularmente suscetível ao *burnout*. Leal e Lopes (2005) consideram que as profissionais da equipe de enfermagem manejam seus conflitos também de forma coletiva e que não existe preocupação por parte da organização hospitalar em garantir um suporte psicológico, a fim de que haja um enfrentamento dos fatores de *distress*.

Estratégias para lidar com o sofrimento proveniente de suas atividades laborais são coletivizadas na maioria das vezes. Um exemplo disto seria o auxílio mútuo nos cuidados ao paciente.

Diversas pesquisas discorrem sobre o estresse no trabalho da equipe de enfermagem. No entanto, apenas uma dentre as revisadas encontrou relação com o trabalho coletivo (ABUALRUB, 2004). Enfermeiras com apoio social de seus colegas têm menores níveis de estresse. AbuAlrub (2004), em seu estudo sobre o estresse ocupacional e o suporte social, sugere que enfermeiros que indicaram níveis moderado de estresse também indicaram que desempenham seus trabalhos de maneira não tão proveitosa quanto aquelas que apontaram níveis extremos (altos ou baixos) de estresse. O autor ainda sugere que um fator capaz de minimizar efeitos psicológicos negativos advindos da atividade laboral, incluindo-se o estresse, é o apoio social no trabalho.

Conclusão

Este estudo mostrou o valor do trabalho coletivo e sua associação com algumas atribuições ocupacionais positivas e organizacionais, que poderiam ser racionalizados (pensados) por gestores de equipes de enfermagem hospitalares, atribuindo maior importância aos fatores organizacionais do trabalho de enfermagem. A organização do trabalho da equipe de enfermagem (sob a forma de equipe ou não) tem influência sobre as variáveis estudadas (aspectos psicossociais, doenças, performance no trabalho, qualidade do trabalho, absenteísmo, autonomia, interdependência, flexibilização e regulação do trabalho, turnos e trabalho em tempo integral e parcial), ainda que algumas delas necessitem ser mais amplamente estudadas (turnos e regulação).

Muitos artigos discorrem sobre o trabalho colaborativo interdisciplinar, mas poucos ponderam sobre o trabalho colaborativo restrito aos pares de profissionais enfermeiros, sendo a maioria estudos de análise qualitativa. A relação entre qualidade de trabalho e trabalho coletivo ainda necessita ser comprovada em maior escala, com um maior número de estudos focando esta relação, apesar de alguns apontarem que um trabalho em equipe eficaz é fator importante para o correto assistir em saúde (GINDRI et al. 2005).

Apesar de estar bem estabelecido que a qualidade do trabalho em serviços depende do trabalho individual ou em grupo (MOLLER, 1999), a relação entre o trabalho sob a forma de time ou equipe e os resultados do trabalho da enfermagem permanece ambígua neste estudo, apesar de haver fortes indícios de que há uma melhor performance quando o trabalho é desempenhado na forma de equipe. Alguns estudos encontraram relação positiva entre o trabalho em equipes com resultados de pacientes, porém outros não foram capazes de relacionar tais variáveis.

Portanto, a conexão entre a organização do trabalho em forma de equipe e qualidade de trabalho para a população de enfermagem ainda necessita ser estudada por um maior número de estudos para ser confirmada sistematicamente por limitações metodológicas e teóricas, como amostragem pequena ou instrumentos de coleta de dados não testados anteriormente à aplicação da pesquisa. Além disso, um maior número de estudos são necessários para comprovar a relação entre o trabalho em turnos parcial/integral e o trabalho coletivo, uma vez que foi identificado apenas um artigo que discutia tal relação.

A articulação e a coordenação do trabalho em equipe podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção do apoio social em um grupo de trabalho. Assim a autonomia também é um fator importante para a implantação e o funcionamento de grupos.

A problemática do trabalho coletivo dos profissionais da enfermagem necessita de um maior número de pesquisas. Neste contexto, futuros estudos poderiam explorar a ligação entre atitudes relacionadas ao trabalho coletivo e satisfação no trabalho, *turnover*, produtividade e ajuste de risco de resultados com pacientes. Caso exista conexão, programas de treinamento do trabalho em Equipes devem ser desenvolvidos e validados com o objetivo de melhorar o trabalho coletivo e o cuidado ao paciente.

Referências

1. THOMAS EJ, SEXTON B, HELMRICH RL. Discrepant Attitudes About Teamwork Among Critical Care Nurses And Physicians. *Crit Care Med.* 2003; 31(3): 956-8.

2. AIKEN L, CLARKE SP, SLOANE DM, SOCHALSKI JA, BUSSE R; CLARKE H, et al. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Aff.* 2001; 20(3): 255-63.
3. HALL P, WEAVER L. Interdisciplinary Education And Teamwork: A Long And Winding Road. *Med Educ.* 2001; 35:867-75.
4. LOPES MJM. Poder, Interdependência E Complementaridade No Trabalho Hospitalar: Uma Análise A Partir Da Enfermagem. *Rev Bras de Enfer.* 1997; 50 (3): 381-90.
5. MARZIALE MHP, CARVALHO EC. Condições Ergonômicas Do Trabalho Da Equipe De Enfermagem Em Unidade De Internação De Cardiologia. *Rev. Lat-am. de Enfermagem.* 1998; 6(1): 99-117.
6. PINHO MCG. Trabalho Em Equipe De Saúde: Limites E Possibilidades De Atuação Eficaz. *Ciências & Cognição.* 2006; 03(08): 68-86.
7. CARAYON P, GURSES AP. A Human Factors Engineering Conceptual Framework Of Nursing Workload And Patient Safety In Intensive Care Units. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2005; 21: 284-381.
8. READER T, FLIN R, MEARNS K, CUTHBERTSON BH. Developing A Team Performance Framework For The Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2009; 37(5).
9. ALDERSON M, MORIN EM, RHÉAUME J, SAINT-JEAN M. La Réorganisation Du Travail Infirmier En Soins De Longue Durée: une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. *Santé Mentale au Québec.* 2005; 30(2): 345-58.
10. CHOI BCK, PAK AWP. Multidisciplinarity, Interdisciplinarity, And Transdisciplinarity In Health Research, Services, Education And Policy: Promoters, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med.* 2007; 30(6): 351-405.
11. GAIVA MAM, SCOCHI, CGS. Processo De Trabalho Em Saúde Enfermagem Em UTI Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004; 12(3): 469-76.
12. LIMA MADS, ALMEIDA MCP. O Trabalho De Enfermagem Na Produção De Cuidados De Saúde No Modelo Clínico. *Revista gaúcha Enferm.* 1999; 20(n.esp.): 86-101.
13. RODRIGUES FCP, LIMA MADS. A Multiplicidade De Atividades Realizadas Pelo Enfermeiro Em Unidades De Internação. *Rev. Gaúcha Enfermagem.* 2004; 25(3): 314-22.
14. GUSTAVO AS. O Trabalho Do Enfermeiro No Âmbito Hospitalar: idealização e realidade [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

15. KATRINLI A, ATABAY G, GUNAY G, GUNERI B. Exploring The Antecedents Of Organizational Identification: the role of job dimensions, individual characteristics and job involvement. *Journal of Nursing Management*. 2009; 17: 66-73.
16. RAFFERTY AM, BALL J, AIKEN LH. Are Teamwork And Professional Autonomy Compatible, And Do They Result In Improved Hospital Care? *Quality in Health Care*. 2009; 10(II): 32-7.
17. RODWELL CM. An Analysis Of The Concept Of Empowerment. *J Adv Nurs*. 1996; 23(2): 305-13.
18. GARLET ER. O Processo De Trabalho Da Equipe De Saúde De Uma Unidade Hospitalar De Atendimento Às Urgências E Emergências. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
19. NORRISH BR, RUNDALL RG. Hospital Restructuring And The Work Of Registered Nurses. *The Milbank Quarterly*. 2001; 79(1): 55-79.
20. UNRUH LY, JOSEPH L, STRICKLAND M. Nurse Absenteeism And Workload: Negative Effect On Restraint Use, Incident Reports And Mortality. *J Adv Nurs*. 2007; 60(6): 673-81.
21. ZHANG Z, MPHIL LW, ARTHUR D, WONG T. Nursing Competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. *J Adv Nurs*. 2001; 33(4): 467-74.
22. ESTRYN-BÉHAR M, VAN DER HEIJDEN BIJM, OGIN'SKA H, CAMERINO D, LE NE'ZET O, CONWAY PM, FRY C, HASSELHORN H and the NEXT Study Group. The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. *Med Care*. 2007; 45(10): 939-50.
23. SZNELWAR L, UCHIDA S. Ser Auxiliar De Enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*. 2004; 14(3): 87-9.
24. JACQUES MG, CODO W. Saúde Mental & Trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.
25. CUMMINGS GG, ESTABROOKS, CA. The Effects Of Hospital Restructuring That Included Layoffs On Individual Nurses Who Remained Employed: A Systematic Review Of Impact. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 2003; 23(8-9): 8-52.
26. MOLLER C. O Lado Humano Da Qualidade: Maximizando A Qualidade Dos Produtos E Serviços Através Do Desenvolvimento Das Pessoas. 12 ed. São Paulo (SP): Pioneira; 1999.

27. ABUALRUB RF. Job Stress, Job Performance And Social Support Among Hospital Nurses. *J Nurs Scholarship*. 2004; 36(1): 73-8.
28. VERDIER F, BARTHE B, QUÉINNEC F. L'analyse De L'activité De Travail En Postes De Nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives. *Le Travail Human*. 2004; 67(1).
29. ALAGMIR H, YU S, CHAVOSHI N, NGAN K. Occupational Injury Among Full-Time, Part-Time And Casual Health Care Workers. *Occup Med*. 2008; 38: 348-54.
30. ERNST ME, MESSMER PR, FRANCO M, et al. Nurses' Job Satisfaction, Stress, And Recognition In A Pediatric Setting. *Pediatr Nurs*. 2004; 30: 219 -27.
31. FOLEY BJ, KEE CC, MINICK P, et al. Characteristics Of Nurses And Hospital Work Environments That Foster Satisfaction And Clinical Expertise. *J Nurs Adm*. 2002; 32(7): 273-82.
32. SILEN-LIPPONEN M, TOSSAVAINEN K, TURUNEN H, et al. Potential Errors And Their Prevention In Operating Room Teamwork As Experienced By Finnish, British And American Nurses. *Int J Nurs Pract*. 2005; 11(1): 21-32.
33. VAHEY DC, AIKEN LH, SLOANE DM, et al. Nurse Burnout And Patient Satisfaction. *Med Care*. 2004; 42(2 Suppl): II57-II66.
34. ROBBINS SP. Fundamentos Do Comportamento Organizacional. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2009.
35. LEPPA CJ. Nurse Relationships And Work Group Disruption. *JONA*. 1996; 26(10): 23-7.
36. BARTHÉ B, QUÉINNEC Y. Terminologie Et Perspectives D'analyse Du Travail Collectif En Ergonomie . *L'Année psychologic*. 1999; 99(4): 663-86.
37. DÉTIENNE F. Collaborative Design: Managing task interdependencies and multiple perspectives. *Interacting with Computers*. 2006; 18: 1-20.
38. SOURDIF J. Predictors Of Nurses' Intent To Stay At Work In A University Health Center. *Nursing and Health Sciences*. 2004; 6: 59-68.
39. AIKEN L, CLARKE, SP, SLOANE DM, SOCHALSKI JA, SILBER J. Hospital Nurse Staffing And Patient Mortality, Nurse Burnout And Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): 1987-93.
40. BOURBONNAIS R, LAVOIE-TREMBLAY, VIENS M, VEZINA M, DURAND P, ROCHETTE L. Improving The Psychosocial Work Environment. *J Adv Nurs*. 2005; 49 (6): 655-64.

41. COSTA FM, VIEIRA MA, SENA R. Absenteísmo Relacionado A Doenças Entre Membros Da Equipe De Enfermagem De Um Hospital Escola. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1): 38-44.
42. HEGNEY D, PLANK A, PARKER A, PARKER V. Nursing Workloads: the results of a study of Queensland Nurses. *Journal of Nursing Management.* 2003; 11: 307-14.
43. RAUHALA A, KIVIMAKI M, FAGERSTROM L, ELOVAINIO M, VAHTERA J, RAINO AK et al. What Degree Of Work Overload Is Likely To Cause Increased Sickness Absenteeism Among Nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing.* 2007; 57(3), 286–95.
44. SILVA DMPP, MARZIALE MHP. Absenteísmo De Trabalhadores De Enfermagem Em Um Hospital Universitário. *Rev.latino-am.enfermagem.* 2000; 8(5): 44-51.
45. KUMAR A, PARKINSON GM. Relations Between An Structure And Interprofessional Working At A Medium Secure Unit For People With Learning Disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities.* 2001; 5(4): 319-29.
46. TOMEY AM. Nursing Leadership And Management Effects Of Nurse Environments. *Journal of Nursing Management.* 2009; 17: 15-25.
47. MOIR J, ABRAHAM C. Why I Want To Be A Psychiatric Nurse: constructing an identity through contrasts with general nursing. *J Adv Nurs.* 1996; 23(1): 295-8.
48. SAAD DE. Autonomia Profissional Na Enfermeira Obstétrica. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2008.
49. HAM C. Improving The Performance Of Health Services: the role of clinical leadership. *Lancet.* 2003; 361, 1978-80.
50. AQUINO JM. Estressores No Trabalho Das Enfermeiras Em Centro Cirúrgico: Conseqüências Profissionais E Pessoais. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Programa de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
51. SHIMIZU HE, CIAMPONE MHT. As Representações Sociais Dos Trabalhadores De Enfermagem Não Enfermeiros (Técnicos E Auxiliares De Enfermagem) Sobre O Trabalho Em Unidade De Terapia Intensiva Em Um Hospital-Escola. *Revista Esc Enferm USP.* 2002; 36(2): 148-55.
52. KELEHER KC. Characteristics, Barriers, Benefits And Implications For Midwifery. *J Nurse Midwifery.* 1998; 43(1): 8-12.
53. MCCALLIN A. Interdisciplinary Practice - A Matter Of Teamwork: An Integrated Literature Review. *Journal of Clinical Nursing.* 2001; 10(4): 419-28.

54. MELCHIOR M, NIEDHAMMER I, BERKMAN LF, GOLDBERG M. Do Psychosocial Work Factors And Social Relations Exert Independent Effects On Sickness Absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(4): 285-93.
55. STAPLETON SR. Team-Building: Making Collaborative Practice Work. *J Nurse Midwifery*. 1998; 43 (1): 12-8.
56. PITTA AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1999.
57. LEAL SM, LOPES MJM. A Violência Como Objeto Da Assistência Em Um Hospital De Trauma: “O Olhar” Da Enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(2): 419-31.
58. SEXTON BJ, THOMAS EJ, HELMRICH RL. Error, Stress And Teamwork In Medicine And Aviation: *Cross Sectional Surveys*. *BMJ*. 2000; 320: 745-49.
59. PIRES D, MATOS E. Teorias Administrativas E Organização Do Trabalho: De Taylor Aos Dias Atuais, Influências No Setor Da Saúde E Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2006; 15(3): 508-14.
60. COTT C. Structure And Meaning In Multidisciplinary Teamwork. *Sociology of Health and Illness*. 1998; 20(6): 818-73.
61. CAMERINO D, SARQUIS LM, COSTA G. Condições Do Trabalho, Saúde E Bem Estar Dos Trabalhadores De Enfermagem Na Europa. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(1): 11-21.
62. COX KB. The Effects Of Intrapersonal, Intragroup And Intergroup Conflict On Team Performance Effectiveness And Work Satisfaction. *Nurse Administration Quarterly*. 2003; 27(2): 153-63.
63. LEVAL MR, CARTHEY J, WRIGHT DJ, FAREWELL VT, REASON JT. Human Factors And Cardiac Surgery: A Multicenter Study. *Thorac cardiovasc surg*. 2000; 119(4): 661-72.
64. KOVNER C, BREWER C, WU Y, CHENG Y, SUZUKI M. Factors Associated With Work Satisfaction Of Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006; 38(1): 71-9.
65. MCVICAR A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003; 44(6): 633-42.
66. UNRUH LY, FOTLER MD. Patient Turnover And Nursing Staff Adequacy. *HSR*. 2006; 41(2): 599-612.
67. WHEELAN SA, BURCHILL CN, TILIN F. The Link Between Teamwork And Patients’ Outcomes In Intensive Care Units. *Am J Critic Care*. 2003; 12(6): 527-34.

68. GOODIN HJ. The Nursing Shortage In The United States Of America: An Integrative Review Of The Literature. *J Adv Nurs*. 2003; 43(4): 335 – 43.
69. HENDERSON A. Emotional Labor And Nursing: An Under-Appreciated Aspect Of Caring Work. *Nursing Inquiry*. 2001; 8(2): 130–8.
70. SVEINSSDEÓTTIR H. Self-Assessed Quality Of Sleep, Occupational Health, Working Environment, Illness Experience And Job Satisfaction Of Female Nurses Working Different Combination Of Shifts. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2006; 20: 229-37.
71. FINN R. The Language Of Teamwork: reproducing Professional divisions in the operating theatre. *Human Relations*. 2008; 61(1): 103-30.
72. VILLAR RMS. Produção Do Conhecimento E Ergonomia Na Enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Escola de Engenharia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
73. MILLER S, KING T. A Resource Guide For Midwives. *J Nurse Midwifery*. 1998; 43(1): 66-73.
74. BERGER AM, HOBBS BB. Impact Of Shift Work On The Health And Safety Of Nurses And Patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2006; 10(4): 465-71.
75. ALMEIDA VVGP. Trabalho Digno: influências do trabalho para a saúde dos profissionais de enfermagem. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem. Faculdade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
76. ELIAS MA, NAVARRO VL. A Relação Entre O Trabalho, A Saúde E As Condições De Vida: Negatividade E Positividade No Trabalho Das Profissionais De Enfermagem De Um Hospital Escola. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(4): 517-25.
77. GURSES AP, CARAYON, P. Identifying Performance Obstacles Among Intensive Care Nurses. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 49th Annual Meeting, 2005.
78. SIQUEIRA MM, WATANABELL FS, VENTOLALL A. Desgaste Físico E Mental De Auxiliares De Enfermagem: Uma Análise Sob O Enfoque Gerencial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1995; 3(1): 45-57.
79. STACCIARINI JM, TRÓCCOLOI BT. O Estresse Na Atividade Ocupacional Do Enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(2): 17-25.
80. DEMEROUTI E, BAKKER A, NACHREINER F, SCHAUFELI WB. A Model Of Burnout And Life Satisfaction Amongst Nurses. *J Adv Nurs*. 2000; 32(2): 454–64.

81. SPAGNOL CA. (Re) Pensando A Gerência Em Enfermagem A Partir De Conceitos Utilizados No Campo Da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 119-27.
82. GINDRI L, MEDEIROS HMF, ZAMBERLAN C, COSTENARO RGS. A Percepção Dos Profissionais Da Equipe De Enfermagem Sobre O Trabalho Dos Enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2005; 10(1): 34-41.
83. SANTOS MC. A Importância Do Feedback. *Rev Notícias Hosp*. 2003; 43: 21-4.
84. FACKELINANN K. Nursing Burnout May Lead To Major Health Care Crisis. *USA TODAY*. 2001; 7:9.
85. MARZIALE MHP. Enfermeiros Apontam As Inadequadas Condições De Trabalho Como Responsáveis Pela Deteriorização Da Qualidade Da Assistência Da Enfermagem. *Rev. Lat-Am Enfermagem*. 2001; 9(3):1.
86. BUERHAUS PI, STAIGER DO, AUERBACH DI. Is The Current Shortage Of Hospital Nurses Ending? *Health aff*. 2003; 22(6): 191-8.

**ARTIGO 2: MAPAS CONCEITUAIS COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE DO
TRABALHO COLETIVO EM EQUIPES DE ENFERMAGEM**

Mapas conceituais como ferramenta de análise do trabalho coletivo em equipes de enfermagem

Resumo

As pessoas fazem representações mentais do mundo em que vivem, sendo estas consideradas como a organização do pensamento do sujeito. As representações mentais são feitas a partir de algo real (fatos ou objetos), os denominados modelos mentais. Cada trabalhador tem seu próprio modelo mental representando sua tarefa e a confrontação dos diversos modelos mentais pode desencadear a exclusão de conhecimentos dicotômicos entre os participantes da confrontação e a construção de um conhecimento ocupacional. Este estudo elabora um método participativo para evidenciar a atividade de trabalho passagem de plantão entre os técnicos de enfermagem de uma unidade de atendimento adulto, demonstrando a utilização de mapas conceituais (MC) como método de compreensão da atividade e possibilitando a discussão da concepção da dimensão coletiva para trabalhadores do setor da enfermagem em um hospital. Discute-se que os diferentes participantes de um grupo têm diferentes modelos mentais sobre sua tarefa e que apresentam lacunas de entendimento sobre estas, assim como seus objetivos e necessidades. O método amplia o diálogo sobre o trabalho coletivo e desencadeando em um processo de conhecimento sobre a atividade. Foi possível identificar tarefas e deveres importantes que não eram identificados por todas as técnicas da equipe de enfermagem. Cada técnico realizou um MC bastante diferenciado do de seu colega e unificar tais MC no meta-mapa conceitual colocou em discussão aspectos nunca antes debatidos com o grupo, identificando as diferentes visões dos colegas envolvidos na situação de trabalho, cada um com seu saber e seu modo operatório. Desta maneira, demonstrou-se a importância do conhecimento do trabalhador em uma análise do trabalho, sendo essa capaz de desenvolver o conhecimento que advém da experiência do trabalhador e de seus colegas, uma vez que estes são conhecedores tácitos da situação de trabalho.

Palavras-chave: Mapa Conceitual, Trabalho Coletivo, Equipe de Enfermagem, Análise do Trabalho

Abstract

People do mental representations of the world that they live in and this is consider like a person's thinking organization. This mental representations are done based in a real thing (facts or objects), the so called mental models. Every employee has his own mental model representing the task; the different mental models' confrontation can trigger the exclusion of dichotomous knowledge among the confrontation participants and the construction of an occupational knowledge. This study presents a participatory methodology to highlight the work activity shift change among the nursing staff of an adult care setting, demonstrating the use of concept maps (CM) as a methodology to understand the activity and enable the discussion of the collective dimension in nursing sector in a hospital. It is argued that the different participants in a group have different mental models about their task and that they have gaps in understandings, as well as their goals and needs. The methodology expands the dialogue about the collective work and triggers a knowledge process about the activity. It was possible to identify important tasks and duties that were not identified by the the nursing staff (techniques). Each technician performed a CM that was very different from that of his colleague, and unifying such CMs mooted issues never discussed before with the group, identifying the different views of colleagues involved in the work situation, each one with his knowledge and his operative mode. In this way, this study demonstrates the importance of the worker's knowledge in a work analysis because this can develop the knowledge that comes from workers' experience and his colleagues, since they have tacit knowledge of the work situation.

Key Words: Conceptual Map, Collective Work, Nurse Team, Work Analysis

Introdução

O entendimento das representações mentais na análise do trabalho é fator importante para a reflexão do trabalho realizado e assim para a análise ergonômica. Isto se deve ao fato de as representações mentais dos operadores acerca de seu trabalho, potencialmente, serem expressões das maneiras de gerenciamento das atividades de trabalho (VALOT, 2002; FALZON et al., 1997), inclusive as de cunho coletivo. Neste contexto, os atores do trabalho abstraem representações mentais não apenas de suas tarefas cotidianas, mas também o fazem de seus pares (outros trabalhadores). Pode-se entender como representação mental a organização do pensamento a partir de algo real, apreciado pelo sujeito. Araújo (2003) e Moreira (2000) definem representação mental como eventos mentais que constituem uma concepção dos fatos ou objetos.

Assim, cada trabalhador tem seu próprio modelo mental representando sua tarefa, isto é, tem o modo operatório desta tarefa como uma representação analógica. E a confrontação destas diversas representações mentais pode desencadear não apenas na exclusão de conhecimentos dicotômicos entre os participantes da confrontação, mas também na construção de um conhecimento ocupacional, permeado por todos os participantes.

Terressac e Maggi (2004) afirmam que o trabalho pode ser definido por meio da análise das atividades e das representações mentais que seus atores elaboram e possuem deste. A ciência ergonômica tem uma perspectiva holística, que objetiva concatenar os diferentes elementos da situação de trabalho. Apesar disto, uma mesma situação de trabalho tem diferentes interpretações, conforme seu realizador (MOLLO; FALZON, 2004). Logo, confrontá-las pode permitir um entendimento maior das situações de trabalho.

Os métodos de confrontação em ergonomia são atividades metafuncionais conduzidas simultaneamente com a atividade, ou mesmo posteriormente, como é o caso de filmagens ou fotos que são expostas aos trabalhadores após a realização de sua tarefa. Falzon et al. (1997) denominam de metafuncionalidade a distância existente entre o trabalho realizado e o trabalhador que o executa, induzida pelo método de trabalho. Logo, estes métodos de confrontação podem desencadear melhorias nos processos de desenvolvimento das atividades, nas ferramentas existentes, no

conhecimento da utilização da ferramenta existente ou na elaboração de uma nova ferramenta (FALZON et al., 1997; MOLLO; FALZON, 2004), podendo resultar em metafuncionalidades de trabalho mais eficazes.

Durante a confrontação, os sujeitos utilizam-se de representações mentais acerca de sua tarefa para discutir suas atividades, onde a atividade do sujeito e dos atores sociais tendem a não ser subestimadas (TERSSAC; MAGGI, 2004). Chatigny (2001) relata que esta reflexão sobre a ação proporciona uma aprendizagem ocupacional em profundidade. E a construção da aprendizagem ocupacional implica na multiplicação de todo conhecimento relevante, seja ele de ordem individual ou coletiva (CHATIGNY; MONTREUIL, 2003).

Deste modo, a ergonomia passa a ter uma perspectiva global sobre o trabalho, uma vez que é capaz de reunir os diferentes elementos da situação de trabalho (TERSSAC; MAGGI, 2004). Tal perspectiva advém da observação e da participação dos trabalhadores na análise da situação de trabalho. No entanto, essa participação dos trabalhadores na análise de seu trabalho (análise ergonômica participativa do trabalho) ainda vem adquirindo conhecimentos sólidos, baseados em uma construção teórica crescente. Sendo assim, pesquisas ergonômicas de cunho participativo atuais apresentam diversas metodologias, estruturas e abordagens, que consideram a opinião do trabalhador, têm se mostrado úteis para a Análise Ergonômica do Trabalho (RIVILIS et al., 2008; THEBERGE et al., 2006; MACIEL, 1998; EKLÖF et al., 2004; KUORINKA, 1997).

Mollo e Falzon (2004) debatem que a observação constitui a principal ferramenta ergonômica para analisar a atividade do trabalho humano. Porém, esta ferramenta é questionável sob o ponto de vista de sua validade e confiabilidade. Os autores propõem a utilização de gravações em vídeo para contornar estas dificuldades, uma vez que: evitam distorções relacionadas à necessidade de escrita da observação; a atividade é capturada tão fidedignamente quanto possível; e não há distorção da atividade desencadeada pela necessidade de verbalizações simultâneas. Assim, os trabalhadores podem participar das discussões sobre sua tarefa, estando aptos a refletir sobre seu modo operatório. Desta maneira, o trabalho pode desencadear e ser objeto de reflexão individual ou coletiva (FALZON et al., 1997; CHATIGNY, 2001).

Existem três tipos de confrontação documentados na literatura científica: a auto-confrontação, onde o trabalhador analisa sua atividade; a alo-confrontação, onde o trabalhador analisa a atividade de um colega; e a alo-confrontação coletiva, que constitui uma forma de reflexão coletiva da atividade, onde todos discutem o trabalho de um ou mais colegas (MOLLO, FALZON, 2004).

A alo-confrontação coletiva permite a explanação das representações de cada integrante do grupo, a construção de conhecimentos e representações compartilhados entre eles; além de permitir avaliações dos procedimentos de ação e das soluções resultantes da construção conjunta (MOLLO, FALZON, 2004; MOLLO; FALZON, 2008; TERSSAC; MAGGI, 2004).

Os processos mentais para e na ação são operados por mecanismos baseados na memorização e evocação de conhecimentos, na elaboração cognitiva que representam situações específicas (esquematisações, abstrações e simbolizações) e nos planos e antecipações que as pessoas fazem, permitindo-se transformar situações e construir estratégias adequadas. A análise desta metacognição no contexto profissional demonstra como o conhecimento de cada operador pode regular a atividade, tanto no trabalho de ordem individual quanto coletiva (VALOT, 2002).

Segundo Johnson-Laird e Mani (1982), as pessoas raciocinam com modelos mentais, ou blocos cognitivos, que podem ser arranjados e re-arranjados de acordo com o que for mandatório. Uma maneira de evocar estes processos mentais é através dos denominados mapas conceituais (AUSUBEL et al., 1980; FRASER; NOVAK, 1998; NOVAK; CAÑAS, 2006;). Struchiner et al. (1999) e Fraser e Novak (1998) acrescentam que eles descrevem visualmente as relações entre os conceitos de um indivíduo acerca de uma situação ou de um conhecimento, representando a estrutura cognitiva dele sobre esta situação/conhecimento.

Os processos mentais subsidiam a compreensão de como os sujeitos avaliam suas situações de trabalho e como as planificam, além de expor as maneiras pelas quais eles escolhem suas ações e controlam os efeitos de sua atividade (PINHO, 2006). Deste modo, os mapas conceituais podem ser utilizados como estratégias para obter

informações sobre o tipo de estrutura que é percebida pelo sujeito sobre uma tarefa (TEIGER, 1993; PINHO, 2006).

Muitas das Análises Ergonômicas do Trabalho realizadas em pesquisas atuais focam em tarefas ou atividades individuais (DE KEYSER, 2000; STANTON, 2006). Entretanto, diversas vezes, o analista se defronta com a atividade sendo considerada como um ato coletivo, em que a atividade dos operadores é reflexo de convergências das diferentes representações dos operadores. Neste caso, os trabalhos de De Keyser (2000) e Coffey (2004) apontam para a importância de explicitar os modelos mentais que os operadores têm de suas funções, principalmente em situações de projeção de postos e sistemas de trabalho. Isto denota a importância do conhecimento da especificidade da situação de trabalho, seja ela individual ou coletiva.

Assim, conhecer a situação de trabalho é uma etapa importante da intervenção ergonômica. Compreender e compartilhar as diversas representações do trabalho e as dinâmicas de ação dos trabalhadores, através de uma análise conjunta em situação coletiva (co-análise), pode ser um método eficaz, capaz de promover participativamente mudanças positivas aos seus locais de trabalho. Uma vez que os Mapas Conceituais possibilitam expor as representações que os indivíduos têm de seu trabalho, este pode ser utilizado para a Análise Ergonômica Participativa do Trabalho.

Em ambientes dinâmicos, por exemplo, atividades em equipe desenvolvidas em ambiente hospitalar, estas se caracterizam devido à natureza das modificações que ocorrem no cotidiano (estado dos pacientes). Neste caso, a dinamicidade pode ser caracterizada, entre outros fatores, pela rápida mudança de situação e pela dificuldade de prever acontecimentos (VALOT, 2002). Embora tais características, há uma busca pela padronização de conhecimentos, a fim de qualificar o atendimento prestado por seus profissionais (equipe de enfermagem) aos clientes (pacientes). Nesse contexto, as práticas de homogeneização, ao contrário das práticas especializadas, têm se tornado o foco das gestões hospitalares, ou seja, a denominada medicina baseada em evidências (SACKET et al., 1996; MOLLO; FALZON, 2008).

Observa-se na literatura artigos que discorrem sobre o trabalho colaborativo interdisciplinar (SCHOFIELD; AMODEO, 1999; SEXTON et al., 2000; GINDRI et al.,

2005), mas poucos ponderam sobre o trabalho colaborativo restrito aos pares de profissionais de enfermagem. Portanto, o objetivo deste artigo é elaborar mapas conceituais como método de compreensão da atividade, possibilitando a discussão da concepção da dimensão coletiva para trabalhadores do setor da enfermagem em um hospital.

Revisão Teórica

Na concepção de Terssac e Maggi (2004) o trabalho na ergonomia é constituído de três proposições fundamentais: a noção de variabilidade, definida por meio de análises em situações reais, demonstrando que existe uma dupla variedade de contextos e de pessoas que trabalham (WISNER, 1994); a diferenciação entre tarefa e atividade como fundamento da análise de trabalho, devido à importância da diferenciação entre as exigências da tarefa e das atitudes ou seqüências operacionais pelas quais os indivíduos respondem realmente a ela, considerando como objeto de análise a atividade a partir da qual se busca compreender a organização do trabalho em função de suas condições de execução, vendo o sistema em sua totalidade (OMBREDANE; FAVERGE, 1995); e a regulação da atividade através da representação mental e das competências do indivíduo, através da qual ele é capaz de estabilizar o sistema, visto que será capaz de planejar a ação para o regular (WISNER, 1994; OMBREDANE, FAVERGE, 1995; .FALZON, 2007).

Tarefa e Atividade

Em termos gerais, o trabalho é pré-ordenado, mas pode ser organizado de diferentes formas. A situação de trabalho é dinâmica. Deste modo, não se configura somente como um apanhado de meios físicos, de objetos materiais e simbólicos, de sujeitos humanos, de tecnologia e de organização, mas o resultado de escolhas organizacionais, aludindo-se aos objetivos e aos meios para atingi-los (TERSSAC; MAGGI, 2004). A variabilidade da situação é inevitável (DANIELLOU, 2002). Estas são as justificativas da ergonomia francesa para distinguir tarefa e atividade.

De acordo com Guérin et al. (2001), a tarefa corresponde a um conjunto de objetivos fornecidos aos operadores, bem como a um conjunto de prescrições definidas externamente para atingir estes objetivos particulares. Ela pode ser também entendida

como um princípio que impõe um modo de definição do trabalho em relação ao tempo. O conceito de tarefa está então ligado ao estabelecimento de métodos de gestão para definir e medir a produtividade exteriorizada entre gestos de operadores e o processo produtivo. Já a atividade de trabalho é o elemento central organizador e estruturante dos componentes da situação de trabalho. Trata-se de uma resposta às restrições determinadas exteriormente ao trabalhador e, simultaneamente, suscetível de transformá-las, unificando a situação. As dimensões técnicas, econômicas e sociais do trabalho só existem propriamente ditas, pela atividade que as aciona e as organiza.

Deste modo a tarefa é a prescrição, ou o que deve ser realizado. Em contrapartida, a atividade é o que se faz, ou seja, a maneira pela qual o indivíduo realiza efetivamente o que lhe foi rogado, sendo aquilo efetivamente realizado ou o trabalho real (LEPLAT, 1990). De outra forma, a atividade é o elemento mediador entre o sistema de produção e os resultados atingidos pela empresa (TEIGER; MONTREUIL, 1996; FALZON, 2007). A atividade nunca é o ato tal qual ele foi concebido. Em geral, o indivíduo, perante suas representações mentais anteriores à tarefa, a desenvolve de maneira dessemelhante àquela intelectualizada pelo mentor do processo.

Os resultados desta variabilidade de operações, ou seja, a atividade que o trabalhador desempenha, não é negativa em todas as ocasiões (ex., acidentes), nem positiva em todas as ocasiões (ex., eficiência). No entanto, a atividade pode ser positiva em alguns aspectos e negativa em outros, por exemplo, uma operação de risco realizada em um tempo menor (TEIGER, MONTREUIL, 1996).

Atualmente, a explicação para que exista esse distanciamento entre o trabalho prescrito e o real não é consenso na literatura (FERREIRA, 2000). No entanto, De Keyser (2000) relata que as diferenças entre a tarefa realizada e a prescrita firmam-se por diversas razões: as estratégias operatórias divergem entre os diversos indivíduos; o ambiente é flutuante e não constante; e eventos aleatórios requerem respostas que geralmente estão fora do previsto, ou seja, do trabalho prescrito.

Finalmente, o conhecimento prévio à realização da tarefa nem sempre é suficiente para o desempenho desta, visto as condições flutuantes de sua realização, necessitando de adaptações em tempo real (CLOT et al., 2000; DE KEYSER, 2000;

DANIELLOU, 2002). Estas questões devem ser relativizadas na atividade desenvolvida presente (DANIELLOU, 2002; CLOT et al., 2000; FALZON, 2007).

O trabalho se constitui como uma realidade estruturada. Esta é construída por decisões reversíveis. Assim, o trabalho é uma ação finita e é estruturado por regras que definem um conjugado de obrigações. Todavia, estas obrigações são submetidas a uma ação coletiva dos trabalhadores, que cooperam para obter um resultado final. Os constrangimentos do trabalho são constituídos por esta ação que se desenvolve em um contexto estruturado por dispositivos, regras e normas (TERSSAC; MAGGI, 2004). Na realidade, a representação da atividade é um ensaio subjetivo que abrange o coletivo de operadores, objetivando entender o que é realizado.

Análise do Trabalho Real

O trabalho pode ser considerado através da análise da atividade ou através das suas representações, estruturadas por seus trabalhadores. Assim, a análise do trabalho deve considerar seus fatores durante a situação de trabalho, ou seja, deve considerar o trabalhador durante todas as condições nas quais eles estão expostos para atingir os requisitos e metas da produção (TEIGER; MONTREUIL, 1996, CLOT et al., 2000; DANIELLOU, 2002). A racionalidade que o trabalhador faz sobre seu trabalho, tem então importância para o entendimento de sua tarefa (FALZON, 2007).

O trabalho é um sistema complexo e assim, sua análise também o é. Portanto, a análise de uma atividade deve contemplar essa variedade de situações: as atividades ocultas (aquelas não descritas na tarefa, mas que são realizadas por seus trabalhadores); as contrariadas (ou impedidas) e as contra-atividades (realizadas contrariamente ao prescrito); a gama de variabilidades industriais; de regulações estabelecidas pelos trabalhadores; a dimensão cognitiva de qualquer trabalho; a necessidade de margens de manobras em uma tarefa; o papel da experiência; entre outros. Enfim, as atividades ocultas, contrariadas e as contra-atividades realizadas pelo trabalhador devem estar incluídas nesta análise (CLOT et al., 2000; DANIELLOU, 2002).

A unidade de análise do real é a atividade, e esta, na concepção de Falzon (2007), que cita teorias de Vigotsky e Leontiev, deve estar circunspeta por um sujeito (individual ou grupo), de um objeto, de ações e de operações. Assim, o sujeito pode ser

visto como um expositor de sua atividade, mais do que como sua origem. Além disto, ações diversas, isto é, entre os diversos indivíduos, podem levar a os mesmos objetivos e resultados. Estas ações diversas podem ser expostas em uma análise do trabalho através dos métodos de confrontação.

Os métodos de confrontação são comumente utilizados em ergonomia para a análise da atividade real do operador. Além disto, são ferramentas úteis para promover a construção de novos processos através da prática (MOLLO, 2002).

Uma maneira de analisar o trabalho, contemplando a atividade realizada pelo operador e suas justificativas para tal, é a confrontação do trabalhador com sua atividade ou com a de seus pares. Quando o trabalhador é confrontado com a tarefa gravada, por exemplo em vídeo, seja dele próprio ou de outro trabalhador, há um distanciamento temporal e físico desta tarefa. Isto facilita a atividade reflexiva, onde o próprio trabalhador se torna um objeto de reflexão (FALZON et al., 1997). Confrontar o indivíduo com a própria atividade, seja este confronto individual ou coletivo, o capacita a verbalizar sua atividade, explicando mais facilmente seus procedimentos. Isto se deve ao fato de haver uma tomada de consciência de partes da tarefa pelo indivíduo, que podem ser realizadas sem introspecção.

Cockell (2004) e Bewley (2002) indicam que as técnicas de coleta de dados, como entrevistas e questionários, são apenas opiniões. Relações efetivas de relatos e experiências vividas são difíceis de serem estabelecidas. Estes instrumentos (questionários e entrevistas) são apenas ‘discursos’ dos trabalhadores, pois supõem que o mesmo tem uma opinião formada sobre os assuntos, independentemente de seus interesses e suas motivações. No entanto, uma análise ergonômica do trabalho deve contemplar as verbalizações das atividades da tarefa pelo operador, utilizando técnicas de confrontação e objetivando analisar saberes não conscientes (GUÉRIN et al., 2001). Ao contrário de uma conversação, um mapa conceitual oportuniza ao indivíduo oportunidade de expressar todo seu modelo mental, sem interrupções (FRASER; NOVAK, 1998). Assim, ao confrontar uma observação com os observados, o ergonomista passa a compreender como, qual a finalidade e porque o trabalhador executa uma tarefa, o que aponta para situações que devem ser modificadas (WISNER, 1994; COCKELL, 2004).

Além disto, o debate sobre a atividade real permite que haja uma transformação do trabalho desenvolvido pelo trabalhador e uma facilitação da disseminação do conhecimento sobre a atividade, sendo importante para a aprendizagem operacional (FALZON et al., 1997; MOLLO, 2002; CLOT, 2004).

Modelos Mentais

As pessoas fazem representações mentais do mundo em que vivem, sendo estas consideradas como a organização do pensamento do sujeito. As representações mentais são feitas a partir de algo real (fatos ou objetos), os denominados modelos mentais (STERNBERG, 2006; ARAÚJO, 2003; MOREIRA, 2000). Assim, modelos mentais são analogias interiores (conhecimentos tácitos) realizadas por sujeitos acerca de objetos, pessoas, suas relações, suas finalidades...; enfim, tudo sobre o mundo (CARLEY, 1997; STERNBERG, 2006). Desta forma, os indivíduos têm muitos e diferentes modelos mentais e os utilizam momentos distintos, adaptando-os ou transformando-os com o passar do tempo (CARLEY, 1997). Estes não podem ser explorados diretamente, necessitando de investigações indiretas via modelos conceituais, que são comunicados entre as pessoas. Halloun (1996) afirma que os modelos mentais representam características importantes e que o raciocínio, o pensamento e o planejamento de ações ocorrem ao manipular estes modelos.

Os modelos mentais encontram-se inseridos no escopo de pesquisa da psicologia cognitiva, que provê elementos teóricos detalhados ao estudo das representações mentais e ao processo que constitui a base de estudo da denominada 'performance excelente' em uma determinada área do conhecimento (GRECA; MOREIRA, 2000). Esta teoria foi idealizada para explicar os processos superiores de cognição, particularmente para entender os mecanismos de compreensão (PALMERO et al., 2001). Segundo o idealizador da teoria, Johnson-Laird, as pessoas raciocinam com modelos mentais, ou blocos cognitivos, que podem ser arranjados e re-arranjados de acordo com o que for mandatário. Todo o conhecimento de um sujeito sobre o mundo depende de sua habilidade em modelá-lo, construindo modelos mentais (JOHNSON-LAIRD, 1990). Assim, cada trabalhador tem seu próprio modelo mental representando sua tarefa, isto é, tem o modo operatório desta tarefa como uma representação analógica (individual) (STERNBERG, 2006; JOHNSON-LAIRD; MANI, 1982).

Estes modelos, não necessariamente, devem ser tecnicamente apurados, mas devem expressar a funcionalidade de conceitos. Eles evoluem naturalmente, ou seja, através da interação entre o sujeito e o sistema. Moreira (2000) relata a importância da experiência prévia e do conhecimento de um sujeito na limitação de seu modelo mental.

Assim, Greca e Moreira (2000) indicam que os modelos mentais têm características como: serem incompletos (demonstrarem brechas entre conceitos); instáveis (esquecidos quando não utilizados); não-científicos (padrões de comportamento ‘supersticiosos’, mesmo quando conscientemente desnecessários, como pressionar a tecla *clear* em uma calculadora diversas vezes apenas para certificar-se); parcimoniosos (operações físicas desnecessárias são preferidas ao planejamento mental, que evitaria tais operações, a fim de diminuir a complexidade mental da tarefa). Além disto, a habilidade dos sujeitos em processar modelos mentais é restringida e suas fronteiras não são bem delimitadas (operações similares são confundidas).

A pesquisa na área de modelos mentais é bastante complexa, visto que os sujeitos podem não ter plena consciência dos seus modelos, ou ainda, ao serem questionados sobre o como ou o por que realizaram algo, podem sentir-se compelidos a dar uma explicação que contemple as expectativas do sujeito que escuta (utilizando um modelo mental das expectativas do interrogador). Além disto, os próprios modelos mentais dos sujeitos não são claros e nítidos; na verdade, são estruturas dúbias e imperfeitas (MOREIRA, 1999; GRECA, MOREIRA; 2000).

Mapas Conceituais

A teoria dos Mapas Conceituais, ou Mapas Cognitivos, foi desenvolvida na década de 70 pelo pesquisador norte-americano Joseph Novak, baseado na Teoria da Aprendizagem Significativa de outro pesquisador, também norte-americano, David Ausubel (NOVAK; CAÑAS, 2006). A Teoria da Aprendizagem Significativa indica que deve haver uma interação entre os conhecimentos prévios de um indivíduo acerca de um assunto e seus conhecimentos novos, adquiridos a partir daqueles já estabelecidos. Assim, a aprendizagem é resultado do pensamento do próprio indivíduo (AUSUBEL et al., 1980).

Portanto, o novo conhecimento significa algo para este indivíduo, visto que é fundamentado em conhecimentos antigos que têm alguma valia prática (MONTGOMERY, 2005). Deve-se frisar que, contrária à aprendizagem significativa está a aprendizagem mecânica, onde estes conhecimentos antigos são memorizados sem significância para o indivíduo, não sendo compreendidos de maneira apropriada (MOREIRA, 2000).

Assim, Mapas Conceituais são estratégias que permitem relacionar, verificar, hierarquizar e delimitar informações, que têm por objetivo representar relações significativas entre conceitos em forma de proposições. Isto faz com que a macroestrutura da informação seja mais facilmente assimilada, tanto por quem desenvolve o mapa como por quem o lê (O'DONNELL et al., 2002). Conceitos, neste caso, são regularidades percebidas em uma situação, designados por rótulos. No sentido de explicitar este conceito, duas ou mais palavras podem ser utilizadas. Já uma proposição é constituída de dois ou mais termos conceituais unidos por palavras, no intuito de formar uma unidade semântica (NOVAK; GOWIN, 1988; NOVAK; CAÑAS, 2006).

Novak e Cañas (2006) novamente conceituaram Mapas Conceituais, alguns anos mais tarde, como sendo instrumentos gráficos que organizam e representam conhecimento. Para Struchiner et al. (1999) eles descrevem visualmente as relações entre os conceitos de um indivíduo acerca de uma situação, ou de um conhecimento, representando a estrutura cognitiva dele sobre esta situação/conhecimento. A estruturação visual destes mapas é, geralmente, representada por conceitos delimitados por círculos ou caixas; e as relações estabelecidas entre estes conceitos são indicadas por linhas conectoras.

A hierarquização dos conceitos também é estabelecida em um Mapa Conceitual. Normalmente conceitos, mais gerais e inespecíficos, são organizados no topo do mapa e aqueles mais específicos são dispostos abaixo, os quais também podem explicitar exemplos. Uma subordinação de conceitos pode ser explicitada não apenas através de uma disposição súpero-inferior, mas também por uma disposição de conceitos em formato de estrela, onde conceitos mais importantes são dispostos ao centro da estrela e conceitos mais inespecíficos à periferia. Esta hierarquia de conceitos é demonstrada pela

teoria de Ausubel, onde considerações mais específicas devem depender hierarquicamente de outras mais gerais (AUSUBEL et al., 1980). A Figura 1 utiliza um Mapa Conceitual para expressar a sua própria estrutura, ilustrando as características acima citadas acima (LIMA, 2004; NOVAK; CAÑAS, 2006).

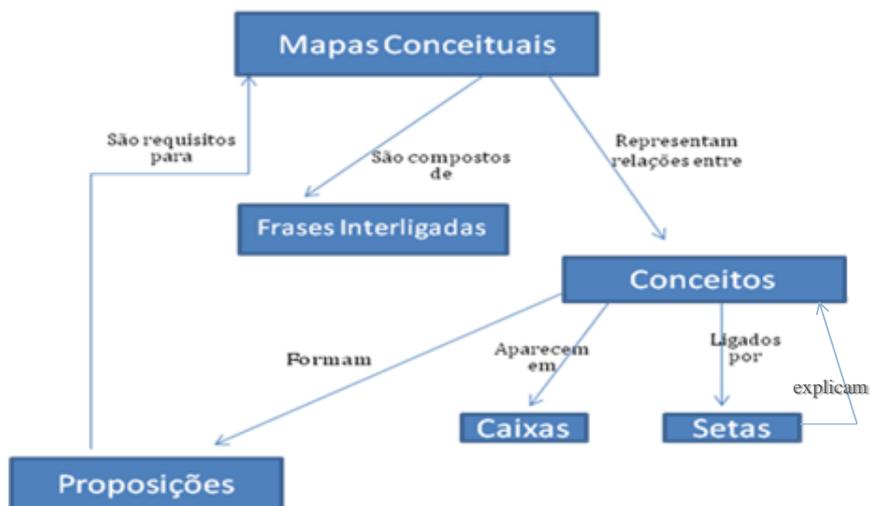


Figura 1 - Mapas Conceituais.

Fonte - Adaptado de Novak; Cañas (2006) e Lima (2004).

Além de representar relações significativas entre conceitos, um mapa conceitual é um modelo, que pode ser utilizado por um indivíduo para transmitir a outrem um problema; isto é, um esquema estruturado para representar a maneira como uma pessoa interpreta uma determinada situação (DAGOSTIN, 2003). As habilidades de investigação e solução de problemas requerem um comprometimento e uma participação ativa do indivíduo (KLEINKE, 2003). Quando um Mapa Conceitual é definido como uma estrutura cognitiva (ou esquema) serve como um sistema de referência para seu leitor, para guiar esta pessoa nas suas ações e interpretações (COSSETTE, 2002).

Novak e Gowin (1988) também propõem a utilização dos Mapas Conceituais como método de avaliação de conhecimentos; não no intuito de testar conhecimentos, mas de obter informações sobre o tipo de estrutura que é percebida pelo indivíduo sobre uma tarefa. Em 1983, Edwards e Fraser, já citavam a eficácia dos mapas para identificar informações válidas e inválidas formuladas por um indivíduo. Os Mapas Conceituais já

foram utilizados para acessar as representações mentais individuais acerca de tarefas. No entanto, o mesmo não ocorreu para tarefas coletivas.

Procedimentos metodológicos

Parte-se do pressuposto de que diferentes trabalhadores têm modelos mentais diferenciados das rotinas e tarefas de seus trabalhos. Portanto, para demonstrar a utilização de mapas conceituais como ferramenta de compreensão da atividade, foram estabelecidas as etapas seguintes, esquematizadas na Figura 2. A escolha da unidade a ser acompanhada na instituição hospitalar ocorreu pela própria diretoria, sob o pressuposto de esta ser uma unidade de tratamento adulto, onde deveria haver um maior número de tarefas de cunho coletivo pelas dificuldades de manuseio com o paciente.

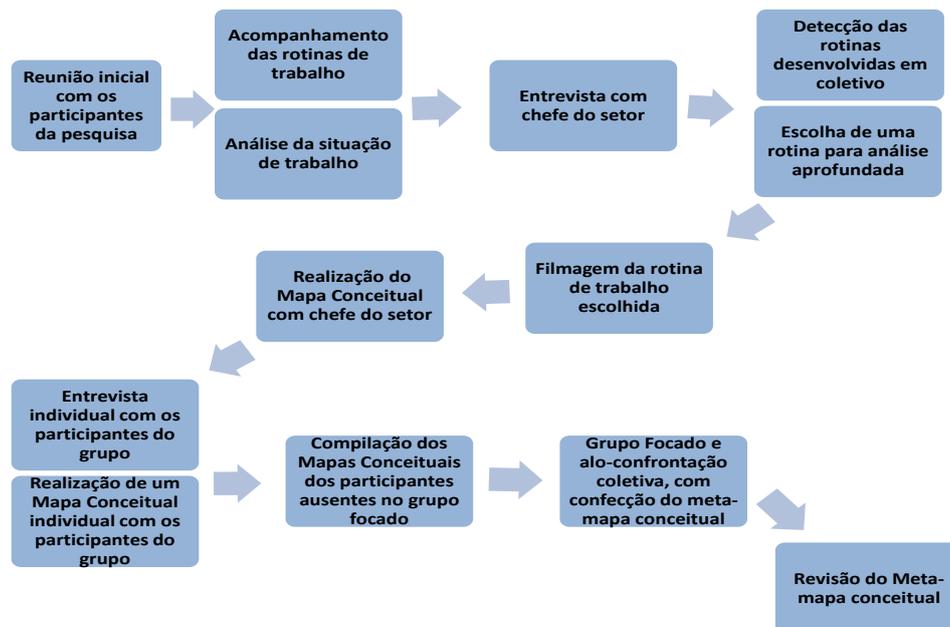


Figura 2 - Método de Trabalho

Foi realizada uma reunião inicial com os participantes da pesquisa dos três turnos em que o hospital funciona, com o objetivo de explicar os objetivos e os métodos de pesquisa. Na mesma ocasião, foi esclarecido que a pesquisa tinha caráter confidencial e voluntário. Além disso, foi explicado que não se objetivava avaliar o conhecimento profissional, mas as tarefas de ordem coletiva desenvolvidas pelas técnicas de enfermagem. Ainda nesta reunião, a dinâmica das reuniões subsequentes foi explicada: o pesquisador acompanharia por um longo período de tempo as atividades

dos profissionais técnicos de enfermagem, realizando questionamento e filmagens, a fim de entender as tarefas desempenhadas; e que uma última reunião seria necessária para poder confrontar os profissionais com os dados obtidos. Também foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante. Todos os técnicos e enfermeiras consentiram em participar da pesquisa.

A forma de elaboração de Mapas Conceituais (MCs) foi exposta aos participantes, explicando-se: seu conceito, objetivos e exemplos de utilização e montagem. Após esta reunião inicial, houve um período de adaptação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, para que estes pudessem acostumar-se com a presença do pesquisador em suas tarefas diárias. Esta adaptação durou cerca de uma semana nos três turnos. Assim sendo, prosseguiu-se a etapa de análise da situação de trabalho.

A análise da situação de trabalho foi realizada durante três semanas, com levantamento das tarefas coletivas, focando o profissional técnico de enfermagem e suas ações e relações com outros profissionais também técnicos de enfermagem, perfazendo um total de aproximadamente 40 horas de acompanhamento nos três turnos. A maioria das observações (aproximadamente 30 horas) ocorreu no turno da manhã, visto que este é o de maior carga de trabalho (segundo informações colhidas dos técnicos nos diversos turnos); pois, neste período, são realizados os banhos adultos. Esta observação de caráter assistemático, com acompanhamento das situações de trabalho por longos períodos e de forma detalhada pelo pesquisador, permitiu o entendimento das atividades e da organização do trabalho. Também foram identificadas as maneiras pelas quais ocorre o planejamento diário na unidade hospitalar estudada, seus objetivos, métodos de ação e dificuldades. Neste contexto, buscou-se o entendimento de variáveis relacionadas ao trabalho coletivo como: relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe, suas comunicações e necessidade de colaboração/cooperação, bem como flexibilização, regulação e oportunidades de autonomia no trabalho.

Ao ser percebido o esgotamento das situações rotineiras de trabalho, deu-se início à etapa de entrevista com a enfermeira responsável pela unidade no turno da manhã. Foi questionado à enfermeira da unidade sobre a tarefa prescrita pela organização aos profissionais técnicos de enfermagem, sobre as tarefas que

necessitassem de trabalho coletivo em sua unidade, bem como suas problemáticas e benefícios. Deve-se ressaltar que não foi disponibilizado o acesso à tarefa prescrita pela organização aos profissionais técnicos.

Posteriormente à entrevista com a enfermeira, foram detectadas as rotinas de trabalho coletivo dos técnicos de enfermagem, sendo estas: a passagem de plantão, terapêuticas difíceis (acessos difíceis) e os banhos de leito. A passagem de plantão foi a rotina escolhida para análise aprofundada após entendimento das rotinas da unidade, através das etapas de análise da situação de trabalho e entrevista com a enfermeira; uma vez que esta foi a que apresentou uma maior variabilidade de modos operatórios conforme os diferentes profissionais. Assim, foi realizada uma filmagem de cada técnico realizando a passagem de plantão entre os três turnos, totalizando dez passagens de plantão entre os três turnos da unidade.

Também, foi requisitado à enfermeira da manhã que confeccionasse um MC capaz de mostrar seu modelo mental sobre a tarefa de passagem de plantão dos técnicos de enfermagem, tentando ilustrar as atividades coletivas desta tarefa. Este, com informações que ela considerava essenciais, incluindo os meios pelos quais estas comunicações deveriam ser realizadas e demais dados pertinentes.

Com o MC da enfermeira coletado, foi iniciada a fase de coleta de dados provenientes dos técnicos. Assim, foi realizada uma entrevista com nove dos treze técnicos dos três turnos da unidade. Devido à dificuldade de permanência dos técnicos da manhã (pela alta carga de trabalho) após o horário, optou-se por realizar conjuntamente nesta etapa o MC individual, demonstrando cada um seu modo operatório da passagem de plantão. Foi requisitado que descrevessem, em forma de MC, a maneira pela qual ocorre a sua passagem de plantão, demonstrando meios de comunicação, subsídios pertinentes e dados que considerassem importantes sobre o coletivo da atividade.

Desta maneira, foram coletados os dados capazes de subsidiar a próxima etapa da pesquisa: a realização de um Grupo Focado, onde se desenvolveu a alo-confrontação coletiva e a confecção do meta-mapa conceitual (mapa conceitual partilhado pelos integrantes do grupo). Esta etapa foi filmada a fim de facilitar a análise posterior dos

resultados. O grupo focado ocorreu na própria unidade, durante o turno da noite, no momento que os técnicos encontravam-se sozinhos porque a enfermeira tinha compromissos em outra unidade.

Para a realização do grupo focado cada participante estava de posse de seu MC individual. Também o MC da enfermeira foi exposto pelo pesquisador, assim como um MC compilado, isto é, agrupando os MCs dos demais técnicos (dos turnos manhã e tarde) que não puderam participar da reunião, elaborado pelo pesquisador. Estes participantes da pesquisa foram convidados a participar do grupo focado. No entanto, devido a outros compromissos como empregos em outros locais e afazeres familiares, não puderam estar presentes. Desta maneira, participaram do grupo focado três técnicas de enfermagem, tendo duração de uma hora e meia aproximadamente.

Iniciou-se o grupo focado pela exposição de uma filmagem demonstrando uma passagem de plantão de um colega que não se encontrava na reunião, a fim de explicitar a atividade através de um exemplo e iniciar o ciclo de debates. Explicou-se que esta aloconfrontação tinha por objetivo descrever a rotina de trabalho, aprofundando o entendimento do conteúdo cognitivo da tarefa (representação mental) e do fator coletivo da tarefa de passagem de plantão (requisitou-se que discutissem a tarefa, os relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe, suas comunicações e necessidade de colaboração/cooperação, bem como flexibilização, regulação e oportunidades de autonomia). Algumas destas variáveis tiveram de ser explicadas aos participantes da pesquisa, para que houvesse uma padronização destes conceitos.

Para a montagem do meta-mapa conceitual, de maneira que todos os participantes pudessem visualizar as informações, foi utilizada uma cartolina. Nesta, os participantes iam montando os conceitos do MC com o auxílio de cartões auto-adesivos. As frases ou palavras conectoras de conceitos (que explicitavam a natureza de sua relação) eram elaboradas pelos participantes e escritas pelo pesquisador, assim como a hierarquização destes conceitos. Cada participante, assim, como o pesquisador de posse dos demais MCs, colocava um conceito em discussão. Após este ser acordado ou modificado, ele era afixado na cartolina. No caso de ser discordado era excluído.

A etapa final foi de revisão do meta-mapa conceitual. Assim, foi confeccionado um MC que mostrou a maneira consensual de desempenhar a atividade de passagem de plantão, com informações partilhadas e acordadas por todos os participantes do grupo focado, uma vez que confrontou os diversos modos operatórios da atividade.

Organização do trabalho na unidade estudada

A unidade hospitalar na qual foi realizada a pesquisa efetua o atendimento a 40 leitos adultos em três turnos, sendo que o turno da manhã compreende os horários entre 7h e 13h, o da tarde 13h e 19h e o da noite 19h até 7h do outro dia (perfazendo 6h, 6h e 12h em dias alternados, respectivamente). Todos os turnos desenvolvem tarefas de administração de medicação. No turno da manhã trabalham quatro técnicos de enfermagem (mais um folguista), um enfermeiro, além de outros profissionais como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Neste turno se desenvolvem as principais tarefas da unidade, como banhos dos pacientes, acompanhamentos pelos médicos, realização de exames e transferências entre hospitais e demais cuidados aos pacientes realizados por equipes multidisciplinares. O turno da tarde compreende a execução da evolução das técnicas de enfermagem, além de exames e transferências intercorrentes. Este turno conta com três técnicos de enfermagem (mais um folguista), uma enfermeira e demais profissionais em menor número. Já o turno da noite conta com três técnicos de enfermagem e um enfermeiro, sendo este turno responsabilizado pelas trocas de soros e acessos. O médico que responde pela unidade durante o turno da noite é o médico plantonista da emergência. As folgas entre os técnicos do diurno são uma por semana e as dos técnicos do noturno acontecem em dias alternados. Os profissionais enfermeiros têm duas folgas por semana.

Há um rodízio de leitos entre os técnicos para organizar os cuidados rotineiros. Os leitos da unidade são divididos entre três técnicos (a exceção é o turno da manhã, que por contar com um maior número de técnicos, divide os leitos em quatro, quando não auxiliados pelos estudantes de enfermagem provenientes de um contrato entre uma universidade da região e o hospital). O técnico extranumerário da manhã também é responsável pelo 'sinal', isto é, atendimento a chamados de pacientes e medicações enquanto os outros se atêm aos banhos, havendo sempre um rodízio auto-organizado

entre eles. Uma vez completa a tarefa dos banhos, estes técnicos reassumem a responsabilidade pelos atendimentos.

A rotina dos técnicos da unidade é iniciada pela passagem de plantão. Os técnicos do turno anterior verbalizam sua passagem aos técnicos do próximo turno (sendo estes os técnicos emissores e receptores, respectivamente), conforme os leitos a que são designados naquele dia. Após esta passagem, os técnicos receptores da passagem de plantão assumem os cuidados da unidade.

Posterior à recepção do plantão, os técnicos iniciam suas atividades separando as pastas dos pacientes aos quais foram designados naquele dia. Na pasta buscam a folha de prescrição de medicação. Cada técnico tem um exame de Raio X inutilizado para organizar as informações sobre as medicações. Assim, eles cortam pedaços de esparadrapos e os fixam neste Raio X.

Agora de posse do Raio X e das pastas dos pacientes, eles iniciam a transcrição de informações sobre medicações nos esparadrapos, registrando leito do paciente e suas medicações, e fazendo uma pequena marca ao lado da medicação na folha de medicações, para indicar que aquela medicação já foi transcrita. Quando transcritas todas as informações pertinentes, é iniciada a fase de separação das medicações, quando os esparadrapos contendo as transcrições de leito e medicação são então fixados nas embalagens de medicamentos e postos dentro da bandeja de medicação. Só então se dirigem aos quartos para administração e demais cuidados, como checagem de soros, acessos, necessidades dos pacientes, entre outros. O turno da manhã ainda desempenha as atividades de banho após a primeira medicação, deixando as demais medicações e atividades ao técnico que se encontra no 'sinal'. Ao final do turno, sinalizam novamente na folha de medicações das pastas dos pacientes com um traço maior que o medicamento foi administrado.

Resultados

Os dados apresentados a seguir foram coletados através das etapas de elaboração dos mapas conceituais (Figura 2).

As figuras seguintes (Figuras 3, 4 e 5) explicitam alguns dos mapas conceituais desenvolvidos durante a pesquisa, sendo a Figura 3 um exemplo de MC individualmente realizado com um técnico de enfermagem, a Figura 4 o MC da enfermeira do turno da manhã e a Figura 5 o meta-mapa conceitual, desenvolvido durante o grupo focado com os técnicos de enfermagem do turno noturno. Todas as figuras demonstrando Mapas Conceituais foram refeitas em um programa específico (*Cmap Tools*), uma vez que não foi possível fotografar o meta-mapa conceitual pela sua dimensão. Então, o mesmo foi realizado com os outros MC a fim de padronizarem-se as apresentações. Salienta-se que proporções, cores, formas, localizações e tipo de escrita foram respeitadas e transcritas *ipsis literis*.

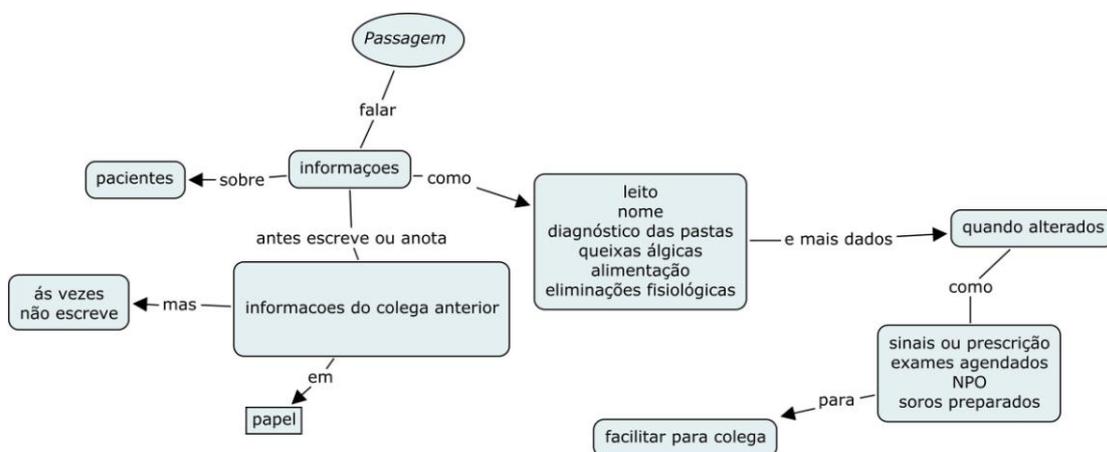


Figura 3 - Mapa Conceitual Técnico de Enfermagem

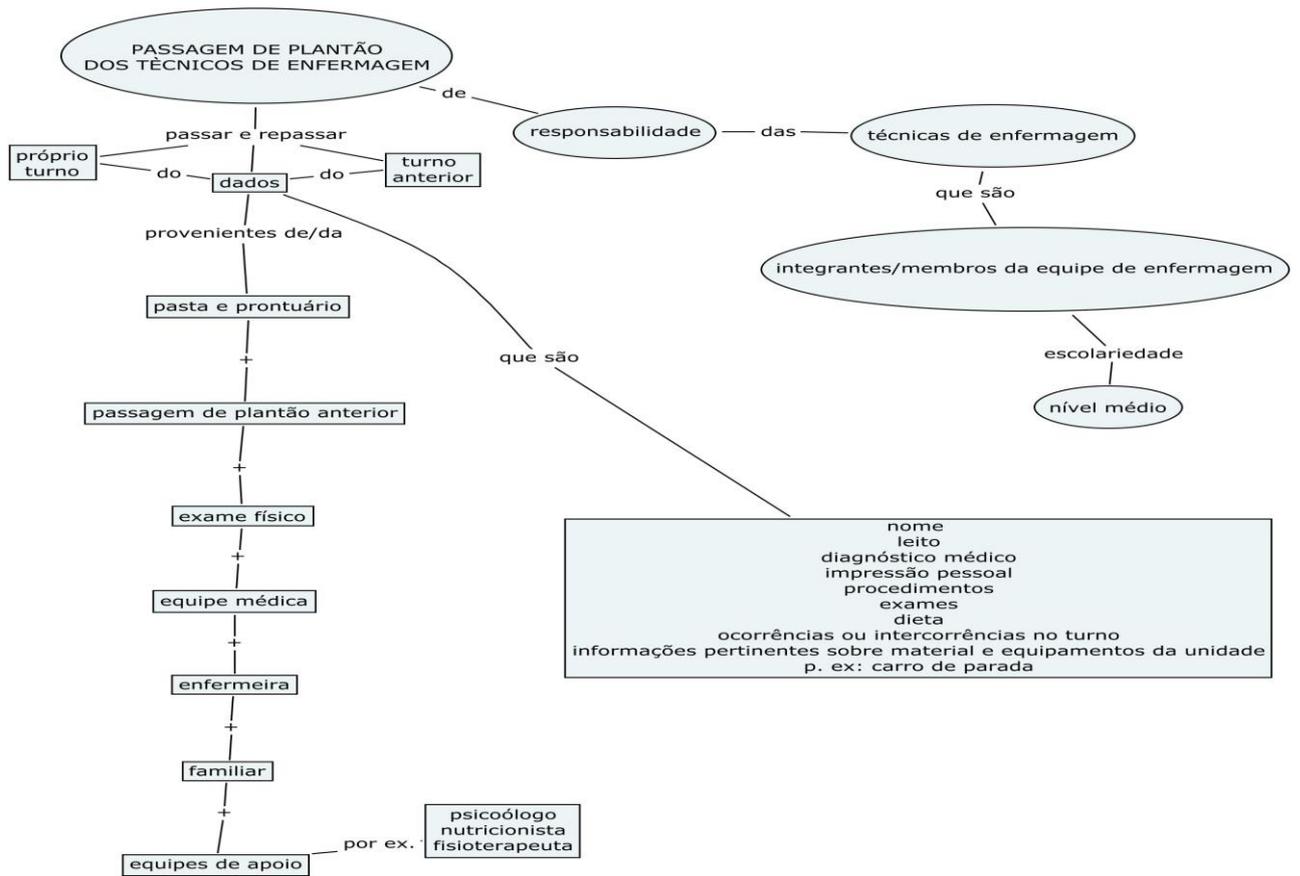


Figura 4 - Mapa Conceitual Enfermeira

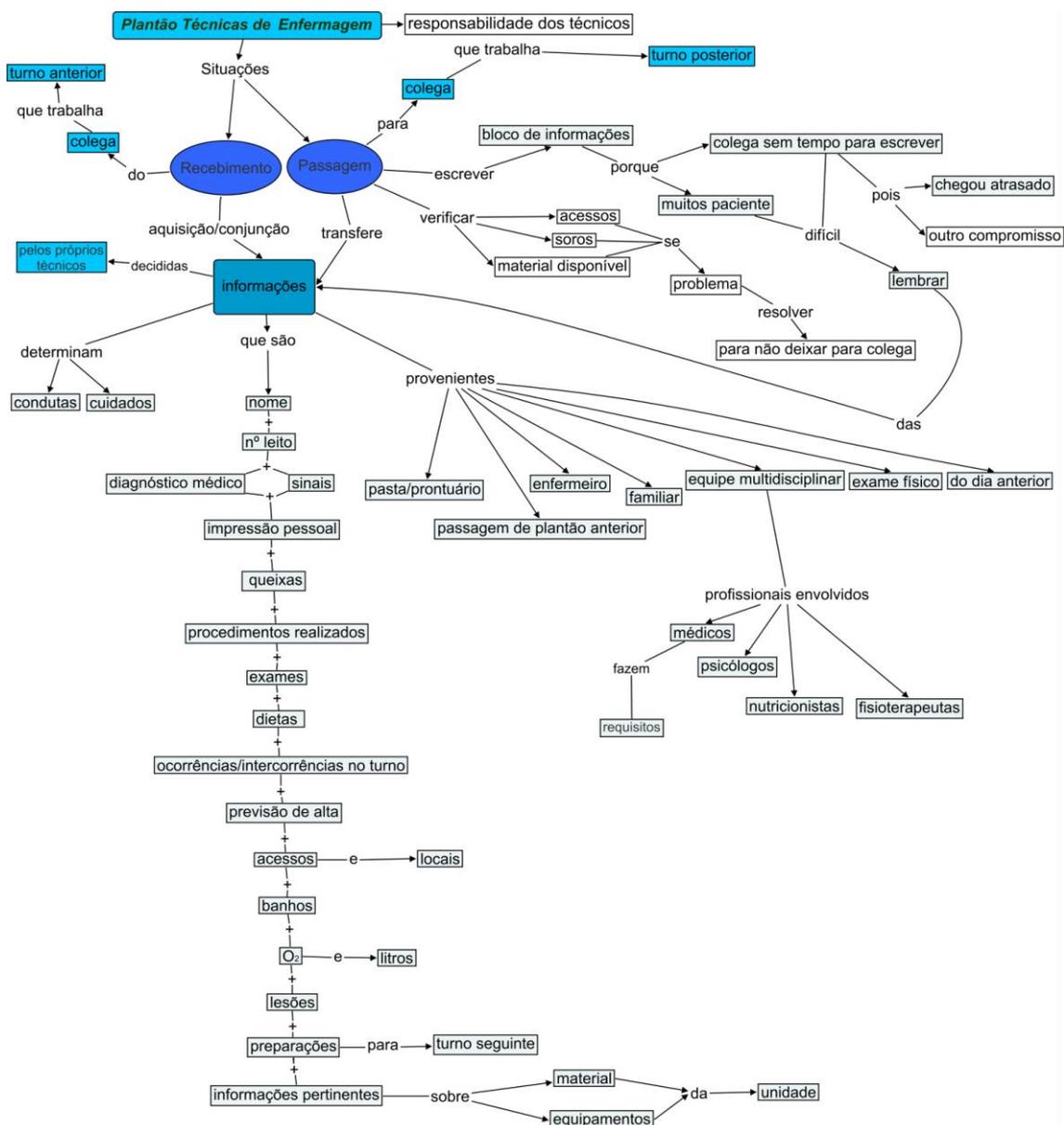


Figura 5 - Meta-mapa Conceitual

Discussão

A filmagem da rotina de trabalho (passagem de plantão), mostrou-se muito importante para iniciar o debate do grupo focado. Uma vez que os técnicos sentiram-se impelidos a comentar sobre a tarefa do colega. Notou-se ainda que a filmagem auxiliou a evitar omissões de elementos da atividade por parte dos técnicos sobre a passagem de plantão. Este fato confirma as observações dos estudos de Chatigny (2001) e Mollo e Falzon (2004), sobre a importância e representatividade da filmagem em uma análise

ergonômica do trabalho. A filmagem também auxiliou a comprovação de informações que de outra maneira poderiam ser negadas pelos participantes. Como exemplo, cita-se as diversas filmagens de passagens de plantão que demonstraram pouco interesse de parte dos receptores das passagens. Estes, muitas vezes, desempenhavam funções secundárias à tarefa de passagem de plantão (como transcrição de medicação em esparadrapos durante as verbalizações dos colegas), demonstrando a falta de interesse nas informações prestadas pelo emissor. Durante o grupo focado houve uma técnica que não havia presenciado tal fato. Então a filmagem do fato foi exposta. Chegou-se a conclusão que isto acontecia em função da alta pressão para começar o mais cedo possível o plantão devido à carga de trabalho a ser realizada no turno.

As entrevistas, da mesma forma que nas filmagens, confirmaram constrangimentos por parte dos emissores do plantão, quando seus colegas não prestavam atenção as suas informações, tornando a comunicação ineficaz, visto o pouco interesse e falta de colaboração de uma das partes. Estas afirmações comprovam os achados de Mollo e Falzon (2004), com relação à visualização capaz de inibir a omissão e a distorção de parte das tarefas. A comunicação ineficaz é uma barreira à colaboração nos sistemas de saúde. Também a falta de comunicação entre os profissionais durante as tarefas diárias é um obstáculo à satisfação dos integrantes da equipe (STAPLETON, 1998; KELEHER, 1998; McCALLIN, 2001; MELCHIOR et al., 2003;). Santos (2003) acrescenta que a comunicação deve ser entendida como algo além da exteriorização de palavras, sendo o compartilhamento de informações e o respeito pela individualidade fatores necessários à atividade laboral do grupo. Apenas deste modo, a comunicação eficaz garante a continuidade do cuidado. No presente estudo, o compartilhamento das informações era realizado de maneira assistemática e precária.

A análise dos Mapas Conceituais dos Técnicos de Enfermagem explicitou entendimentos simplificados sobre a tarefa de passagem de plantão, demonstrados pelos reduzidos números de conceitos, conexões e hierarquias. A Figura 3 ilustra o MC com maior número de conectores, dentre os nove realizados por técnicos de enfermagem. Além disto, o MC dos técnicos demonstra a passagem de plantão como um simples conjugado de informações sobre os pacientes, que são transcritos em papel na maioria das vezes. Este MC também evidencia a importância que é atribuída pelos técnicos às informações repassadas entre os colegas (em posição de destaque por estar em um

retângulo maior) e às informações específicas sobre sua tarefa (leito, nome, diagnóstico,... e sinais, exames, NPO, etc.). Neste caso específico, não foi explicitado nenhum tipo de comunicação com os profissionais multidisciplinares (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas,...), nem mesmo para com o profissional enfermeiro.

Um MC individual realizado com um técnico explicitou a demonstração de um 'filtro' de informações por parte do emissor do plantão, isto é, a passagem de determinadas informações apenas quando estas estão alteradas (sinais, prescrições, exames agendados, NPO - nada por via oral - e soros preparados). Outra individualidade neste MC foi que este especificamente caracterizou a realização de outras tarefas como pertencentes à passagem de plantão, além da passagem de informações. Como exemplo, o fato de já ter realizado a preparação do soro a ser utilizado pelo colega para facilitar sua tarefa.

O MC da enfermeira também apresenta poucas conexões, mas diversas hierarquias. Ele confirma que a passagem de plantão técnico é de responsabilidade dos técnicos de enfermagem, profissionais com escolaridade de nível médio (Figura 4) (os enfermeiros fazem sua passagem de plantão em separado dos técnicos). Explicita também que os dados podem ser passados (no caso de terem acontecido durante o turno) ou repassados (quando aconteceram em turnos anteriores). Este MC completa os mapas conceituais individuais quando expõe a importância de coletar informações das diversas fontes para serem repassadas no plantão seguinte (pasta ou prontuário, passagem de plantão anterior, exame físico, equipe médica, enfermeira, familiar e equipes de apoio, como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas), atribuindo a estes conceitos hierarquias, ou seja, comparações de importância, estando os conceitos localizados superiormente no MC em maior grau de importância do que os inferiores. Assim como no mapa conceitual individual, a importância é atribuída às informações que são (ou devem) ser passadas (nome, leito, diagnóstico médico, impressão pessoal, procedimentos, exames, dieta, ocorrências ou intercorrências no turno, informações pertinentes sobre material e equipamentos da unidade, dando o exemplo de carro de parada).

O grupo focado convergiu os dados dos diversos mapas conceituais individuais e da enfermeira, colocando em discussão a organização das atividades envolvidas na

passagem de plantão, informações que deveriam ser passadas e repassadas entre os turnos, meios de aquisição de informações, entre outros. Além disso, trata-se de um procedimento capaz de colocar em discussão as variáveis envolvidas no trabalho coletivo dos profissionais: relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe, suas comunicações e necessidade de colaboração/cooperação, bem como a flexibilização, regulação e oportunidades de autonomia no trabalho. Este meta-mapa conceitual (Figura 5), além de explicitar os conceitos considerados importantes pelo grupo, confrontou as razões pelas quais são realizadas algumas atividades, as melhores de maneiras de desempenhá-las, as pessoas que as consideram importantes, etc. O meta-mapa explicitou diversas conexões, demonstrando uma maior complexidade das informações, além de diferentes graus de hierarquias.

A discussão sobre a passagem de plantão demonstrou o pouco entendimento que os técnicos tinham sobre o seu objetivo. Havia o entendimento de que a passagem de plantão seria um 'resumo' do turno. A confrontação com o MC da enfermeira evidenciou que seu principal objetivo é a determinação de condutas e cuidados, sendo um planejamento de atividades futuras. Isto permite caracterizar que a enfermeira confia certo grau de autonomia aos técnicos, visto que podem tomar decisões sobre as condutas e cuidados. No entanto, semelhante grau de autonomia não está presente entre os MC dos técnicos, por considerarem a passagem de plantão apenas como uma súmula de atividades apesar de demonstrarem alguma autonomia ao decidirem quais informações devem ser repassadas na passagem do plantão. Inclusive nas entrevistas, quando questionados sobre questões de autonomia, todos responderam ter uma autonomia 'relativa', pois cada vez que tentavam modificar alguma rotina, que fazia parte de sua tarefa, deveriam primeiramente ter o consentimento da enfermeira.

O meta-mapa conceitual demonstrou dificuldades de autonomia no trabalho dos técnicos, uma vez que, após vislumbrarem uma modificação na rotina ou no ambiente da unidade, devem primeiramente recorrer à enfermeira para validá-la. Um exemplo foi exposto quando apontaram a necessidade de transcrição das informações na passagem de plantão pelo técnico emissor. Para implantar tal melhoria, deveriam primeiramente conversar com a enfermeira, sem ter autonomia para decidir tal modificação. Estes dados acordam com diversos autores que afirmam existir uma dimensão coletiva, com necessidade de cooperação no trabalho de enfermagem. Porém, as diferentes tarefas são

padronizados por normas e rotinas, o que acaba por mecanizar e fragmentar o processo de trabalho, fortalecendo assim a divisão social e técnica do trabalho hospitalar (LOPES, 1997; RODRIGUES; LIMA, 2004). O trabalho das técnicas da equipe de enfermagem é demasiadamente parcelado em atividades por categoria profissional, dificultando a visão de todo o processo de atendimento aos pacientes. Estes profissionais também carecem de autonomia para resolver, até mesmo, os mais simples problemas que surgem no desenvolvimento dos cuidados, necessitando referir-se constantemente ao enfermeiro (MOIR; ABRAHAM, 1996).

Apesar da falta de autonomia e oportunidades de regulação no trabalho apontadas pelos técnicos, estes consideram-se bastante responsáveis pelo trabalho junto aos pacientes da unidade. Julgam-se até mesmo extremamente responsabilizados, uma vez que são a 'linha de frente' do atendimento, ou os profissionais que absorvem as reclamações dos pacientes. No entanto, sentem-se frustrados quando os pacientes ou familiares pedem comentários sobre a situação da doença, sendo que não lhes é permitido comentar sobre o estado dos pacientes, ficando esta tarefa à enfermeira da unidade ou aos médicos. Sendo assim, dependem da validação dos seus conhecimentos por profissionais não técnicos perante os pacientes e familiares.

Destaca-se ainda que, justamente por serem a 'linha de frente', os profissionais técnicos têm informações importantes sobre o estado do paciente, como por exemplo, aparecimento de escaras detectadas durante os banhos, ou sobre o estado geral dos pacientes, uma vez que têm um maior contato diário com o paciente. Nesta unidade, os técnicos da manhã referiram um ótimo relacionamento com sua enfermeira. Isto também foi observado durante o acompanhamento das rotinas: a enfermeira diversas vezes requisitava a opinião dos técnicos, atribuindo-lhes importância no grupo, além de responsabilização pelos pacientes, considerando suas opiniões para as tomadas de decisão. O mesmo não foi relatado ou observado junto aos demais turnos.

A responsabilização coletiva pelo paciente e pelas problemáticas diárias do setor de saúde diminui a hierarquização profissional, abrindo espaço para seu desempenho coletivo. Assim, no trabalho em equipe existe uma continuidade de ações onde cada indivíduo oferece suas habilidades e conhecimentos às contribuições dos outros, mantendo-se relações hierárquicas mais horizontalizadas (AIKEN; PATRICIAN, 2000;

SPAGNOL, 2005). Isto define os profissionais enfermeiros e técnicos como detentores de conhecimentos importantes acerca do estado deste paciente. Sendo assim, os demais profissionais tornam-se dependentes de seu trabalho, requerendo que o trabalho seja realizado de forma interdependente (CHOI; PAK, 2007), como demonstrado no mapa conceitual da enfermeira (Figura 4) e no meta-mapa conceitual (Figura 5). Santos et al. (2006) salientam que o profissional técnico de enfermagem se ressentia da falta de informação sobre a situação de saúde do seu cliente. Isto se deve ao fato das restrições de comunicação entre os diversos profissionais, sendo estas comunicações apenas relacionadas aos procedimentos técnicos e rotinas. Confirma-se então que o saber científico continua de posse da enfermagem, enquanto que a prática do cuidar é de domínio dos técnicos.

O mapa conceitual da enfermeira considerava a troca de informações, entre os técnicos de enfermagem e os demais profissionais, como essenciais para a passagem de plantão. O mesmo não foi apontado pelos técnicos em seus mapas individuais. Ao serem confrontados com esta situação, os técnicos apontaram pouco ou nenhum relacionamento para com os demais profissionais da unidade (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros). Estes sempre dirigem suas considerações às enfermeiras. No entanto, reconhecem a necessidade de compartilharem as problemáticas detectadas com estes profissionais.

Uma técnica relatou algumas problemáticas enfrentadas junto aos médicos da unidade em seu MC. Todas as demais concordaram no meta-mapa conceitual que, algumas vezes, por não estarem em contato direto com o paciente, os médicos fazem solicitações impossíveis de serem atendidas, como a pesagem de um paciente acamado. Além disto, quando um médico requisita algo, as técnicas relatam que têm de parar com suas tarefas (mesmo que mais urgentes) para atender aos seus pedidos. Apesar destes percalços, todos os técnicos destacam o respeito pelas enfermeiras e pelos médicos, dizendo serem ótimos profissionais, demonstrando, apesar das diferenças e dificuldades, um bom relacionamento entre os membros da unidade.

As técnicas da unidade apontaram satisfação para com seu trabalho devido ao contato com pacientes e pelo trabalho em equipe desenvolvido, especialmente pelo tipo de chefia da enfermagem. Sentem-se confiantes e amparadas pela colaboração e

relacionamento que têm para com seus pares na equipe, inclusive na ocorrência de erros. Sempre que necessitam, os colegas estão dispostos a auxiliar. Uma equipe de trabalho colaborativa, no contexto da enfermagem, é uma forma de trabalho capaz de minimizar a fadiga geral (física e mental) a que estão submetidos estes trabalhadores. O trabalho coletivo é uma forma de compensação de eventos negativos neste meio, desde que haja uma comunicação eficaz entre seus membros. Estes fatores têm influência em níveis de satisfação e contentamento no trabalho. Equipes que têm boas relações entre seus membros prestam melhores cuidados aos pacientes. Deste modo, a organização do trabalho em equipe tem indicações de ser um dos fatores relevantes para a alta performance e qualidade no trabalho da enfermagem. O apoio entre colegas enriquece e facilita a performance no trabalho da enfermagem (KATRINLI et al., 2009; SOURDIF, 2004). Este faz com que os profissionais estejam mais satisfeitos com seu trabalho. Este apoio durante as tarefas acarreta em um menor número de erros e de menor complexidade, melhorando a performance e garantindo maior qualidade no trabalho. Isto se deve ao fato de que o trabalho coletivo estimula o relacionamento entre colegas e assegura o seu comprometimento com as tarefas desempenhadas (READER et al., 2009).

O estudo de Estry-Béhar et al. (2007) reforça esta constatação ao demonstrar que a melhoria do processo de trabalho através dos benefícios da colaboração, comunicação e relacionamento interpessoal entre os membros da equipe de enfermagem é fator de satisfação no trabalho destes profissionais.

No trabalho coletivo em saúde verifica-se a necessidade do trabalho especializado. Isto pode contribuir de maneira negativa para o trabalho em equipe, visto que o discurso de um membro posicionado superior hierarquicamente pode abafar o discurso de outros membros da equipe, resultando em relações de poder intragrupo. No entanto, afirma-se a importância da congruência de opiniões advindas de diferentes atores para o trabalho em equipe (KARSENTI, 2000; PINHO, 2006).

Ainda foi debatido durante a confecção do meta-mapa conceitual a importância da troca de informações para o aprendizado durante a passagem de plantão. Os técnicos discutem sobre doenças e nomenclaturas sobre os quais não têm conhecimento. Isso demonstrou um exemplo de bom relacionamento interpessoal e colaboração entre os

técnicos do mesmo turno. Apesar desse trabalho coletivo intragrupo, foi unanimidade entre os técnicos afirmar que “nosso turno trabalha em equipe” e os demais não. Todos afirmam ter um bom relacionamento com os colegas do mesmo turno. No entanto, asseguram não conhecer os demais técnicos, com exceção de um técnico que trabalhou em outros turnos anteriormente.

Durante a confecção dos mapas conceituais individuais, uma técnica havia separado seu MC em duas fases, sendo estas a passagem e o recebimento do plantão. O grupo optou por realizar esta divisão no meta-mapa conceitual, pois foi vislumbrado duas situações distintas, provenientes de diferentes fontes (adquirir ou transferir informações), apesar de ambas conjugarem as mesmas informações. Assim, houve uma facilitação da troca e organização de informações. Este dado corrobora as afirmações de Fraser e Novak (1998): um mapa conceitual é uma maneira de clarificar e sucintamente comunicar o aprendizado de um indivíduo sobre uma tarefa a outros colegas em sua organização.

As informações presentes durante as passagens de plantão divergiram bastante entre os técnicos, em termos do que seria importante ou não comentar. Alguns técnicos alegavam ‘filtrar’ as informações, porque tinham uma maior experiência do que outros, omitindo-as durante a passagem. Como exemplo, cita-se os sinais vitais dos pacientes. Algumas técnicas apenas repassavam a informação de sinais quando estes se encontravam alterados. No entanto, outras consideravam importante sempre passar estas informações, mesmo quando não alteradas, para terem compreensão das modificações do estado dos pacientes. Em meio a estas discussões, surgiram outros descontentamentos em relação às passagens de informações nos plantões e falta de realização de atividades paralelas, como atividades de troca de soros finalizados, ou que estão por finalizar, perda de acessos, enfim, atividades relacionadas à organização do trabalho que deveriam fazer parte da troca de turnos. A não realização destas tarefas era encarada como falta de cooperação/colaboração. As técnicas do grupo focado não consideravam estas atividades paralelas como pertencentes à passagem de plantão. O contrário foi demonstrado em um MC individual (Figura 3) e, desta forma, todas as técnicas do grupo concordaram em posicionar estas atividades paralelas no meta-mapa conceitual, para que sua realização ocorresse de forma sistemática (programada) dali por diante. Tais resultados encontram respaldo nos achados de Weisman et al. (1993),

Rodrigues e Lima (2004) e Gustavo (2001), que também verificaram o envolvimento da equipe de enfermagem em tarefas de coordenação das atividades da unidade no âmbito da organização do trabalho da equipe de enfermagem.

Uma reclamação constante nas entrevistas foi o fato de diversos técnicos não anotarem as informações relativas aos seus pacientes em papel, para que ficassem disponíveis para serem revistas em situações posteriores à passagem de plantão. Durante o grupo focado, essa afirmação foi verbalizada por dois técnicos: ambos registravam suas informações em papel sempre que algo ocorria, carregando consigo este registro durante o turno porque era mais fácil lembrar-se de todas as informações coletadas. A técnica que não realizava tal procedimento o justificou dizendo que já contava com uma larga experiência, e que isto em sua opinião era desnecessário.

Outro percalço de não realizar a anotação seria o fato de alguma informação do turno anterior ser esquecida de ser repassada. Como exemplo, as técnicas citaram uma situação onde a informação de NPO (nada por via oral), importante em casos quando existe a realização de exames, foi esquecida durante uma passagem de plantão. Se não fossem as anotações da passagem de plantão da enfermeira, um erro poderia ter acontecido. Este relato demonstrou a importância das comunicações nas passagens de plantão, que não deveriam ser apenas verbalizadas, mas transcritas para ficarem disponíveis para consultas posteriores. Após tais explicações, as técnicas consentiram em transcrever as informações do turno assim que ocorressem em um bloco único. No entanto, tal procedimento deveria ser aprovado pelas enfermeiras da unidade. Esta constatação contraria o fundamentado Blegen et al. (2001), em seu estudo sobre a experiência e educação dos trabalhadores de enfermagem na qualidade de atendimento, ao relatar que unidades que contam com uma força de trabalho mais experiente referem em todas as situações um menor número de erros de medicação.

Da afirmação “de agora em diante anotaremos as informações na passagem de plantão” surgida no grupo focado, certifica-se os achados de Falzon et al. (1996) e Mollo e Falzon (2004), ao afirmar que métodos de confrontação podem desencadear melhorias nos processos de desenvolvimento das atividades, nas ferramentas existentes, no conhecimento da utilização da ferramenta existente ou na elaboração de uma nova ferramenta, podendo resultar em metafuncionalidades de trabalho mais eficazes.

Esta pesquisa demonstra que cada técnico tem um modelo mental individual sobre a tarefa de passagem de plantão bastante diferenciado de seus colegas, atribuindo maior ou menor importância a certas atividades e as realizando de maneiras bastante dicotômicas. Esta dicotomia talvez não fosse exposta se a pesquisa de dados tivesse ocorrido através de um método diferente, como entrevistas ou questionários, visto que nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, essas diferenças não foram expostas. Verificou-se que o método MC foi capaz de focar a discussão do grupo sem os constrangimentos que podem advir da confrontação de opiniões, comum em grupos focados (LUNT; LIVINGSTONE, 1996), visto que o meta-mapa conceitual apenas discutia as melhores maneiras de realizar as tarefas.

De acordo com Osório (2008), a etapa de grupo focado demonstrou que o pesquisador e os colegas de trabalho não tinham as mesmas verdades, as mesmas certezas, as mesmas dúvidas ou as mesmas questões. Estas são diferentes entre os diversos protagonistas. A análise dos mapas conceituais foi capaz de desenvolver a atividade de passagem de plantão, através do diálogo de confrontação entre os diversos modos operatórios, resultando em uma maneira mais eficaz de realizar a tarefa. Além disto, foi um método simples que colocou em debate os conceitos de trabalho coletivo (autonomia, cooperação, relacionamento, entre outros).

Os achados de Terssac e Maggi (2004) e Mollo e Falzon (2004) corroboram com os expostos neste artigo quando afirmam que uma mesma situação de trabalho tem diferentes interpretações, conforme o operador. Além disto, esta pesquisa concorda com Falzon et al. (1997), quando afirma que uma maneira eficaz de organizar o trabalho desenvolvido coletivamente deve envolver os operadores nas decisões e na análise deste trabalho; uma vez que resultam em atividades mais completas por terem sido discutidas participativamente em coletivo.

Além dessas informações, constatou-se também que o meta-mapa conceitual demonstrou o conhecimento tácito dos técnicos na passagem de plantão. Este pode ser exposto quando da presença de novos técnicos, a fim de demonstrar a tarefa prescrita mais próxima possível da atividade passagem de plantão, podendo este ser então a nova ‘tarefa prescrita’, confeccionada de modo participativo junto aos técnicos.

Conclusão

Esta pesquisa apresenta um método de análise do trabalho capaz de exprimir reflexivamente o modo operatório de uma atividade coletiva, ampliando seu diálogo e desencadeando em um processo de conhecimento sobre a atividade. O método foi capaz de identificar tarefas e deveres importantes que não eram identificados por todas as técnicas da equipe de enfermagem (como exemplo cita-se a tarefa de checar soros, acessos e fraldas dos pacientes como uma tarefa pertencente da passagem de plantão). Desta maneira, o método auxilia a Análise Ergonômica do Trabalho e outras problemáticas ergonômicas podem ser abordadas participativamente, utilizando-se este mesmo método.

Destaca-se a grande variedade de interpretações da situação da passagem de plantão no grupo focado. Cada técnico realizou um MC bastante diferenciado do de seu colega e unificar tais MC no meta-mapa conceitual foi tarefa árdua, no entanto, bastante produtiva, uma vez que colocou em discussão aspectos nunca antes debatidos com o grupo.

O meta-mapa conceitual demonstrou que as técnicas de enfermagem não tinham conhecimento sobre a importância e finalidade da tarefa de passagem de plantão. Além disto, colocou em discussão variáveis do trabalho coletivo.

Deste modo, o confronto das atividades por meio da elaboração de um Mapa Conceitual coletivo (meta-mapa conceitual) pôs em discussão as diferentes visões dos diversos colegas envolvidos na situação de trabalho, cada um com seu saber e seu modo operatório, sendo capaz de unificar tais visões.

Assim, evidenciou-se a importância do conhecimento do trabalhador em uma análise. Esta participação pode desenvolver o conhecimento que advém de sua experiência e da experiência de seus colegas, uma vez que estes são conhecedores tácitos da situação de trabalho.

A confrontação coletiva não serve apenas ao fomento da discussão da tarefa entre ergonomista e trabalhadores, mas também serve como instrumento de

empoderamento dos trabalhadores, visto que eles se mantêm em posição de ‘principais conhecedores’ de sua tarefa.

Através deste método o conhecimento da atividade é utilizado não apenas de maneira a retratar uma situação atual de trabalho, mas também com o intuito de modificar essa situação, sendo capaz de projetar novas e melhores situações de trabalho, através da discussão do que poderia ser realizado. Estas são retratadas e projetadas participativamente entre ergonomistas e trabalhadores.

A mera análise do trabalho por meio da observação pode não ser suficiente para o entendimento da tarefa desempenhada pelo trabalhador. A observação deve ser suplementada pela verbalização dos sujeitos, a fim de melhor entender suas estratégias de ação e conhecimento metacognitivo (modo operatório).

A reflexão da atividade através da utilização de mapas conceituais oportuniza a aprendizagem ocupacional, demonstrado nesta pesquisa através do vislumbramento de novos meios de ação (registro de informações logo após sua ocorrência em bloco único). Além disto, a realização de um mapa conceitual se dispõe como artefato cognitivo para o lembrete de tarefas e como esquematizador de ações, uma vez que facilita o entendimento visual do trabalho coletivo. Também se pôde perceber que os mapas conceituais prestaram-se para auxiliar os participantes da pesquisa na organização de seus pensamentos; e a discussão durante o grupo focado foi facilitada ao envolver os participantes de maneira igualitária, ocorrendo o confronto de maneira apropriada, isto é, sem desavenças.

Destaca-se a confecção do meta-mapa conceitual como meio de exposição e prescrição de tarefas.

Estudos futuros poderiam comparar os diferentes métodos de confrontação (alo, auto e alo confrontação coletiva) para a aprendizagem colaborativa. Além disto, poderia ser discutida a necessidade da inclusão das filmagens na formulação dos mapas conceituais para a eficácia da confrontação coletiva.

Referências

AIKEN LH, PATRICIAN, PA. Measuring Organizational Traits of Hospitals. The Revised Nursing Work Index Nursing Research. 2000; 49(3): 146-53.

ARAÚJO A. O Problema das Representações Mentais e Algumas Tentativas de Solução. *Philosophos*. 2003; 8(1): 17-27.

AUSUBEL DP, NOVAK D, HENESIAN H. Psicologia Educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.

BEWLEY T. Interviews As A Valid Empirical Tool In Economics. *Journal of Socio-Economics*. 2002; 31(4): 343-53.

BLEGEN MA, VAUGHN TE, GOODE CJ. User Experience and Education: Effect on Quality of Care. *JONA*. 2001; 31(1): 33-39.

CARLEY KM. Extracting Team Mental Models Through Textual Analysis. *Journal of Organizational Behavior*. 1997; 18: 533-58.

CHATIGNY C. Les Ressources De L'environnement: Au Coeur De La Construction Des Savoirs Professionnels En Situation De Travail Et De La Protection De La Santé. *Pistes*. 2001; 3(2): 1-19.

CHATIGNY C, MONTREUIL S. Apprenticeship In A Work Setting: The Contribution And Limits Of Operational Resources Constructed By Workers. *Safety Science*. 2003; 41: 377-91.

CHOI BCK, PAK AWP. Multidisciplinarity, Interdisciplinarity, And Transdisciplinarity In Health Research, Services, Education And Policy: Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med*. 2007; 30(6): 351-405.

CLOT Y, FAITA D, FERNANDEZ G, SCHELLER L. Entretien En Autoconfrontation Croisée: Une Méthode En Clinique De L'activité. *Pistes*. 2000; 2(1): 1-7.

CLOT Y. La fonction psychologique du travail. Presses Universitaires de France - PUF; Collection: Le travail humain; 2004.

CMAP TOOLS. Disponível em: <http://cmap.ihmc.us/conceptmap.html>. Acessado em 10/05/2009.

COCKELL FF. Incorporação e Apropriação dos Resultados de Uma Intervenção Ergonômica: Um Estudo de Caso. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos (SP): Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas. Universidade Federal de São Carlos; 2004.

COFFEY JW. Facilitating Idea Generation And Decision-Making With Concept Maps. *Journal of Information & Knowledge Management*. 2004; 3 (2): 179-92.

COSSETTE P. Analysing the Thinking of F.W. Taylor Using Cognitive Mapping. *Journal of Management History*. 2002; 40 (2): 168-82.

DAGOSTIN R. Mapas Cognitivos Como Suporte Para Programas de Capacitação: Um Estudo De Caso Com Base Na Análise Ergonômica Das Atividades. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação da UFSC; 2003.

DANIELLOU F. Le Travail Des Prescriptions. Conférence Inaugurale. XXXVII Congrès AIX em Provence, SELF; 2002.

DE KEYSER, V. Analysis Of Activities, Tasks And Work Systems, 2000. Disponível em: <http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170324>. Acesso em: 28 jul. 2009.

EDWARDS J, FRASER K. Concept Maps As Reflectors Of Conceptual Understanding. *Research in Science Education*. 1983; 13 (1): 19-26.

EKLÖF M, INGELGARD A, HAGBERG M. Is Participative Ergonomics Associated With Better Working Environment And Health? A study among Swedish white-collar VDU users. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2004; 34:355–66.

ESTRYN-BÉHAR M, VAN DER HEIJDEN BIJM, OGIN´SKA H, CAMERINO D, LE NE´ZET O, CONWAY PM, FRY C, HASSELHORN H and the NEXT Study Group. The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. *Med Care*. 2007; 45(10): 939-50.

FALZON P, SAUVAGNAC C, MHAMDI A, DARSEES F. Transformer le Travail; de Quelques Activites Metafonctionnelles Collectives XXXII SELF Congress. Lyon: September 17–19, 1997.

FALZON P. Ergonomia. São Paulo; SP. Ed. Blucher, 2007.

FERREIRA M.C. Atividade, Categoria Central Na Conceituação Do Trabalho Em Ergonomia. *Revista Alethéia*. 2000; 1(11):71-82.

FRASER K, NOVAK J. Managing The Empowerment Of Employees. *The Learning Organization*. 1998; 5(3): 109-120.

GINDRI L, MEDEIROS HMF, ZAMBERLAN C, COSTENARO RGS. A Percepção Dos Profissionais Da Equipe De Enfermagem Sobre O Trabalho Dos Enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2005; 10(1): 34-41.

GRECA IM, MOREIRA MA. Mental Models, Conceptual Models, and Modelling *INT. J. SCI. EDUC*. 2000; 22(1): 1- 11.

GUÉRIN F, LAVILLE A, DANIELLOU F, DURAFFOURG J. Compreender o Trabalho Para Transformá-lo: A Prática da Ergonomia. São Paulo, SP: Edgard Blücher, 2001.

Gustavo AS. O trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar: idealização e realidade [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

HALLOUN I. Schematic Modeling For Meaningful Learning Os Physics. *Journal of Research in Science Teaching*. 1996; 33(9):1019-41.

JOHNSON-LAIRD PN. El Ordenador Y La Mente: Introduccion A La Ciência Cognitiva. Barcelona: Paidós, 1990.

KARSENTI L. Cooperative Work: the role of explanation in creating a shared problem representation. *Le Travail Human*. 2000; 63(4): 289-309.

KATRINLI A, ATABAY G, GUNAY G, GUNERI B. Exploring The Antecedents Of Organizational Identification: the role of job dimensions, individual characteristics and job involvement. *Journal of Nursing Management*. 2009; 17: 66-73.

KELEHER KC. Characteristics, Barriers, Benefits And Implications For Midwifery. *J Nurse Midwifery*. 1998; 43(1): 8-12.

KLEINKE, RCM. Aprendizagem Significativa: A Pedagogia por Projetos nos Processos de Avaliação. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

KUORINKA, L. Tools And Means Of Implementing Participatory Ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 1997; 9: 267-70.

LEPLAT J. Relations Between Task And Activity: elements for elaborating a framework for error analysis. *Ergonomics*. 1990; 33(10): 1389-1402.

LIMA G. Mapa Conceitual Como Ferramenta Para Organização Do Conhecimento Em Sistema De Hipertextos E Seus Aspectos Cognitivos. *Perspect. ciênc. inf.* 2004; 9(2): 134-45.

LOPES MJM. Poder, Interdependência E Complementaridade No Trabalho Hospitalar: Uma Análise A Partir Da Enfermagem. *Rev Bras de Enfer.* 1997; 50(3): 381-390.

LUNT P, LIVINGSTONE S. Rethinking The Focus Group In Media And Communications Research. *Journal of communication*. 1996; 46(2): 79-98.

MACIEL R. Participatory Ergonomics And Organizational Change. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 1998; 22: 319-25.

JOHNSON-LAIR PN, MANI K. The Mental Representation Of Spatial Descriptions. *Memory & Cognition*. 1982; 10(2): 181-87.

MCCALLIN A. Interdisciplinary Practice - a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2001; 10(4):419-428.

MELCHIOR M, NIEDHAMMER I, BERKMAN LF, GOLDBERG M. Do Psychosocial Work Factors And Social Relations Exert Independent Effects On Sickness Absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(4): 285-93.

MOIR J, ABRAHAM C. Why I Want To Be A Psychiatric Nurse: constructing an identity through contrasts with general nursing. *J Adv Nurs*. 1996; 23: 295-98.

MOLLO, V. La Construction Des Procédures Par La Pratique: le rôle des outils ergonomiques. In J.M. Evesque, A.M. Gautier, Y. Schwartz et al. (Eds.) Communication au XXXVII^o congrès de la SELF, "les évolutions de la prescription". Aix-en- Provence: 25 a 27 de setembro, 2002.

MOLLO V, FALZON P. Auto And Allo Confrontation As Tools For Reflective Activities. *Applied Ergonomics*. 2004; 35: 531-540.

MOLLO V, FALZON P. The Development Of Collective Reliability: A Study Of Therapeutic Decision-Making. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*. 2008; 9(3): 223-54.

MONTGOMEY H. Literature Review And First Attempts at the Teaching Mind Mapping In a Grade 3 Class. Thames Valley District School Board - OISE/UT, 2005.

MOREIRA MA. A Aprendizagem Significativa. Brasília: Editora da UnB, 1999.

MOREIRA MA. Aprendizagem Significativa Crítica (ou Subversiva). III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Lisboa (Peniche), 11-15 de setembro de 2000.

NOVAK, Joseph D.; CAÑAS, A. J. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct Them. Technical Report IHMC CmapTools, Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2006.

NOVAK JD, GOWIN BD. Aprendendo a Aprender. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, 1988.

O'DONNELL AM, DANSEREAU DF, HALL RH. Knowledge Maps as Scaffolds for Cognitive Processing. *Educational Psychology Review*. 2002; 14(1): 71-86.

OMBREDANE A, FAVERGE J.M. L'analyse Du Travail: facteur d'économie humaine et de productivité. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

OSÓRIO C. ACAT: o trabalhador como protagonista da análise de acidentes de trabalho. *Cad. psicol. soc. trab*. 2008; 11(1): 111-20.

PALMERO LR, ACOSTA JM, MOREIRA MA. La Teoría De Los Modelos Mentales De Johnson-Laird Y Sus Principios: una aplicación con modelos mentales de célula em estudiantes del curso de orientación universitaria. *Investigações em Ensino de Ciências*. 2001; 6(3): 243-68.

- PINHO MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*. 2006; 3(8): 68-86.
- READER T, FLIN R, MEARNES K, CUTHBERTSON BH. Developing A Team Performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2009; 37(5):1787-93.
- RIVILIS I, VAN EERD D, CULLEN K, COLE DC, IRWIN E, TYSON J, MAHOOD Q. Effectiveness Of Participatory Ergonomic Interventions On Health Outcomes: A systematic review. *Applied Ergonomics*; 2008; 39: 342–58.
- RODRIGUES FCP, LIMA MADS. A Multiplicidade De Atividades Realizadas Pelo Enfermeiro Em Unidades De Internação. *Rev. Gaúcha Enfermagem*. 2004; 25(3): 314-22.
- SACKETT DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, et al. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312: 71–2.
- SANTOS MC. A Importância Do Feedback. *Rev Notícias Hosp*. 2003; 43: 21-4.
- SANTOS I, OLIVEIRA, SM, CASTRO CB. Gerência do Processo de Trabalho em Enfermagem: Liderança da Enfermeira em Unidades Hospitalares. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3): 393-400.
- SCHOFIELD RF; AMODEO M. Interdisciplinary Teams In Health Care And Human Service Centers: are they effective? *Health & Social Work*. 1999; 24(3): 203-219.
- SEXTON JB, THOMAS EJ, HELMREICH RL. Error, Stress, And Teamwork In Medicine And Aviation: Cross Sectional Surveys. *BMJ*. 2000; 320: 745-49.
- STANTON NA. Hierarchical Task Analysis: Developments, applications and extensions. *Applied Ergonomics*. 2006; 37: 55–79.
- STAPLETON SR. Team-building: making collaborative practice work. *J Nurse Midwifery*. 1998; 43(1): 12-8.
- STERNBERG RJ. *Cognitive Psychology*. Australia: Thomson/Wadsworth, 2006.
- STRUCHINER M, VIEIRA AR, RICCIARDI RM. Análise Do Conhecimento E Das Concepções Sobre Saúde Oral De Alunos De Odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15(Sup. 2): 55-68.
- SPAGNOL CA. (Re) Pensando A Gerência Em Enfermagem A Partir De Conceitos Utilizados No Campo Da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 119-27.
- SOURDIF J. Predictors Of Nurses' Intent To Stay At Work In A University Health Center. *Nursing and Health Sciences*. 2004; 6: 59–68.

TEIGER C, MONTREUIL S. The foundations and Contributions of Ergonomics Work Analysis In Training Programmes. *Safety Science*. 1996; 23 (213): 81-95.

TERSSAC G, MAGGI B. O Trabalho e a Abordagem Ergonômica. In: A Ergonomia em Busca de Seus Princípios: debates epistemológicos. Coordenador: Françoise Daniellou; coordenadora da tradução Maria Irene Stocco Betiol – São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

THEBERGE N, GRANZOWB K, LAING A. Negotiating Participation: Understanding the “how” In an ergonomic change team. *Applied Ergonomics*. 2006; 37: 239–48.

VALOT C. An Ecological Approach To Metacognitive Regulation In The Adult, In Metacognition: Process, function and use., M.I. P. Chambres, P. J. Marescaux, Editor. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Netherlands, 2002.

WEISMAN C, GORDON D, CASSARD SD, BERGNER M, WONG R. The Effects of Unit Self-Management on Hospital Nurses' Work Process, Work Satisfaction, and Retention. *Medical Care*. 1993; 31(5): 381-93.

WISNER, Alain. A Inteligência no Trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

**ARTIGO 3: MÉTODO DE ANÁLISE E DISCUSSÃO DE PROBLEMAS
ACERCA DO TRABALHO COLETIVO NO SETOR DE ENFERMAGEM EM
UM HOSPITAL**

Método de análise e discussão de problemas acerca do trabalho coletivo no setor de enfermagem em um hospital

Resumo

A reflexão sobre o coletivo em análise do trabalho ganha importância em pesquisas atuais e a participação do trabalhador na análise de seu trabalho, seu empoderamento para a identificação e discussão de problemas, vêm sendo estudados por diversos autores na área da ergonomia. As informações provenientes de profissionais posicionados inferiormente em hierarquias são raramente questionadas, mesmo quando estes indivíduos são os únicos possuidores deste conhecimento. Exemplo disto é o conhecimento advindo dos técnicos de enfermagem no ambiente hospitalar. Este grupo de trabalhadores de nível médio representa o maior contingente de trabalhadores dentro da área da saúde. Portanto, o objetivo do presente estudo é implementar um método para resolução de problemas, provenientes do trabalho de cunho coletivo de um setor hospitalar, focando o profissional técnico de enfermagem. Desta maneira, foram idealizados procedimentos capazes de contemplar participativamente os problemas de ordem coletiva enfrentados pela organização hospitalar estudada, baseada na Árvore de Pré-requisitos proveniente do Processo de Pensamento da Teoria das Restrições e na Técnica de Grupo Nominal. O método elaborado neste artigo foi eficaz para aperfeiçoar o diálogo e encontrar meios de melhorar as problemáticas concernentes ao trabalho coletivo dos técnicos de enfermagem, no intuito de modificar essa situação, sendo capaz de projetar novas e melhores situações de trabalho.

Palavras-chave: Trabalho coletivo, Análise participativa, Resolução de Problemas.

Abstract

The work collective analysis is gaining importance in current researchs, as well the worker participation in the analysis of their own work. Their empowerment to problem identification and discuss have been studied by several ergonomic authors. The information provenient from professionals positioned inferiorly in hierarchies are rarely questioned, even when these individuals are the only possessors of this knowledge. An example is the knowledge provided by the technical nursing staff in a hospital. This group of mid-level workers represents the largest number of workers in the health area. Therefore, this study's aim is to implement a methodology for solving problems arised from the collective work, focusing on the technical nurse profession. Thus, procedures were developed in a participative manner, able to contemplate the collective organization problems, based on the 'Tree Requirements' from 'Theory of Constraints' and 'Nominal Group Technique'. The methodology developed in this article was effective in improving the dialogue and found ways to improve the issues concerning the nursing staff collective work in order to change their situation, being able to design new and better work situations.

Key Words: Collective Work, Participative Analysis, Problem Solving.

Introdução

O modo de organização do trabalho, que implica na coletivização dos trabalhadores, tem sido proposto como um modelo de referência para agilizar os processos de decisão em ambientes competitivos. No entanto, a caracterização e a dinâmica de construção do trabalho coletivo continua tema de debate pela comunidade científica (MINTZBERG, 1997; MUELLER et al., 2000; COUPLAND et al., 2005).

O trabalho de ordem coletiva é um sistema resultante de um confronto entre duas fontes de regulação: da auto-regulação proveniente das regras estabelecidas pelo próprio grupo de trabalhadores e do controle regulamentar externo a este sistema (DANIELLOU, 2005). Esta dimensão coletiva do trabalho foi foco de estudos anteriores (MONTMOLLIN, 1996; BARTHE; QUEINNEC, 1999; LACOMBLE, 2001; GUERIN, 2001) e tem recebido atenção de pesquisadores nas últimas décadas (FINN, 2008). No entanto, aspectos críticos interindividuais e diferenças pessoais no desenvolvimento de tarefas coletivas ainda não foram pesquisados sistematicamente no campo da ergonomia (BARTHE; QUEINNEC, 1999).

Mintzberg (1997) destaca que o setor de serviços vem sofrendo modificações em sua estruturação e organização do trabalho, fortemente Taylorista, onde a divisão de especialidades, a hierarquização vertical das estruturas e a fragmentação de ações estão presentes (CHOI; PAK, 2007; PIRES; MATOS, 2006). No contexto hospitalar, as diferentes tarefas são padronizados por normas e rotinas, o que acaba por mecanizar e fragmentar o processo de trabalho, fortalecendo sua divisão social e técnica do trabalho (FINN, 2008; LEPPA, 1996; LOPES, 1997; PINHO, 2006).

Na área de serviços hospitalares este processo não articula os diversos conhecimentos necessários ao atendimento holístico do estado de pacientes, apenas individualiza as ações entre os profissionais. No entanto, o tratamento ao paciente não é uma atividade individualizada, onde apenas uma área do conhecimento é necessária. Por esta razão faz-se necessária interdependência profissional.

Estas são as justificativas para o trabalho coletivo sob o formato de equipe na área da saúde, sendo então uma alternativa à segmentação de áreas (e conseqüente especialização), intensa atualmente (CHOI; PAK, 2007). O trabalho desenvolvido por enfermeiros e técnicos de enfermagem, isto é, a equipe de enfermagem no contexto hospitalar, é um trabalho coletivo que busca o cuidar e o tratar de pacientes de forma eficaz e satisfatória.

Assim, há uma dimensão coletiva, com necessidade de cooperação no trabalho de enfermagem. No entanto, a necessidade de interdependência para o desempenho do processo tem levado os profissionais a perceber uma falta de autonomia no seu trabalho,

que acaba por minimizar a sua satisfação e contribui para um *turnover* elevado (RAFFERTY et al., 2009; KATRINLI et al., 2009).

No cotidiano do trabalho de enfermagem podem existir conflitos não apenas intergrupo, mas também intragrupo, isto é, existem problemas nas relações de trabalho entre os agentes da própria equipe de enfermagem, relativos à autonomia e poder (RODWELL, 1996; LIMA; ALMEIDA, 1999). Estes conflitos são constrangimentos sociais e podem ocasionar um desempenho insatisfatório da equipe.

Na área da saúde ainda existem poucas evidências concernentes ao trabalho coletivo (THOMAS et al., 2003; SVEINSSDÉOTTIR, 2006). Esta lacuna de estudos na área também é demonstrada quando o foco de pesquisa encontra-se sobre os métodos de resolução de problemas no contexto da organização hospitalar, principalmente os de ordem coletiva (há uma falta de métodos apropriados à decisão coletiva) (DARSES; REUZEAU, 2007). Stanton (2006) e De Keyser (2000) afirmam que na maioria das vezes o trabalho é um ato coletivo e, contrariamente, muitas das análises laborais realizadas em pesquisas atuais focalizam-se em tarefas ou atividades individuais.

Barthe e Queinnec (1999) relatam a importância da reflexão sobre o coletivo em qualquer análise do trabalho. A participação do trabalhador na análise de seu trabalho e o seu empoderamento para a identificação e discussão de problemas vêm sendo estudados por diversos autores na área da ergonomia (HAIMS; CARAYON, 1998; SALEEN et al., 2003; LAING et al., 2005; LAING et al., 2007; RIVILIS et al., 2008). Além disto, Thomas et al. (2003) e Berger et al. (1980) relatam que as informações provenientes de profissionais posicionados inferiormente em hierarquias são raramente questionadas, mesmo quando estes indivíduos são os únicos possuidores deste conhecimento. Exemplo disto é o conhecimento advindo dos técnicos de enfermagem no ambiente hospitalar. Este grupo de trabalhadores de nível médio, de curta e rápida capacitação, representa o maior contingente de trabalhadores dentro da área da saúde (17% dos profissionais que trabalham em hospitais brasileiros são técnicos de enfermagem). Eles são responsáveis pelas ações e cuidados de atenção básicos de enfermagem (BRASIL, 2001; MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1996).

O entendimento das questões envolvidas no trabalho coletivo necessita então da participação dos trabalhadores. Neste contexto, os estudos de Ancona e Caldwell (1992) e Karsenty (2000) sugerem que negociação e habilidade para a resolução participativa de problemas, provenientes da estruturação do trabalho de forma coletiva, são prerrogativas fundamentais para a performance do grupo, garantindo um trabalho coeso entre os membros do grupo.

A justificativa para atividades participativas intragrupo, como identificações de problemas e discussões de possíveis soluções, reside no fato de que estas atividades promovem um maior contato e interação entre os membros do coletivo e oportunizam espaços de expressão de seus pontos de vista. A participação dos trabalhadores pode legitimar as mudanças propostas pelo ergonomista, devido ao fato de que foram concebidas conjuntamente com eles próprios (EKLÖF et al., 2004; SALEEN et al., 2003; LAING et al., 2007).

A realização de um trabalho sob a forma coletiva exige a utilização de métodos de resolução de problemas que favoreçam a discussão e a busca de entendimento pelo grupo (SAUPE; CESTARI, 2002). Deste modo, a exemplo do que acontece em outros segmentos produtivos, faz-se necessário um método capaz de discutir de forma intragrupo, isto é, participativamente, os problemas provenientes da dimensão coletiva do trabalho realizado no ambiente hospitalar.

Na literatura existem algumas metodologias de identificação, análise e solução de problemas (gerência de produção e gerenciamento) no âmbito da engenharia de produção, como por exemplo, o Processo de Pensamento da Teoria das Restrições (*Theory of Constraints - TOC*), o *QC Story*, os Mecanismos De Pensamento Científico (*Scientific Thinking Mechanism - SFM*), entre outros. No entanto, nenhum destes métodos é capaz de abranger a totalidade de problemas existentes em um sistema devido à grande diversidade de situações. Assim, é importante para todas as áreas, não apenas para a engenharia de produção, que métodos de abordagem de problemas sejam desenvolvidos e utilizados em atividades práticas coletivas, uma vez que estes podem auxiliar na gestão de dificuldades enfrentadas pelas organizações (ALVAREZ, 1996; RAHMAN, 1998).

Práticas de melhoria contínua e gestão da qualidade no Brasil são comuns em ambientes industriais, mas somente desde a década de 80 estão presentes, ainda que timidamente, no contexto hospitalar brasileiro (referências são feitas aos processos de acreditação hospitalar, certificação pela ISO, realização de auditorias, entre outros). No Brasil, os fundamentos da questão da qualidade são baseados nos princípios de Deming e Juran, focando o atendimento ao cliente e assim, na busca por melhoria contínua (MALIK, 1996; HADDAD, 2004). Esta observação é reforçada por outros estudos, em que a busca pela melhoria do setor de saúde está cada vez mais presente em organizações hospitalares, objetivando melhorias em processos e resultados, sendo estas estratégias para a satisfação dos clientes e conseqüente competitividade da organização (KRISTIANE, 2003; CYPRIANO, 2004; FELDMAN; CUNHA, 2006;).

Em conseqüência, a área da enfermagem, como ocorre nos hospitais, começa a entender a importância da gestão da qualidade para atender expectativas de trabalhadores e pacientes, sendo esta uma nova área de atuação do enfermeiro. A exemplo do que ocorre na indústria, a maioria dos problemas analisados pela gestão da qualidade nas organizações de saúde voltou-se para o processo, objetivando a satisfação do cliente, tais como tempos de espera, melhoria dos processos de alta, entre outros (FERREIRA; SECO, 1993; ANTUNES; TREVISAN, 2000).

Além disto, Feldman e Cunha (2006) verificam que o setor de serviço da enfermagem é avaliado com destaque em avaliações de resultados em programas de qualificação hospitalar. Destaca-se os autores Goldratt (1994) e Goldratt e Cox (2003) que afirmam a necessidade da organização satisfazer não apenas seus clientes, mas também seus empregados. Assim, a satisfação da equipe de enfermagem é fator importante para a qualificação hospitalar (AIKEN et al., 2002; NEWMAN et al., 2002). Este fator de perseverança carece de metodologias de fácil utilização, para que possam ser entendidas e utilizadas por todos os trabalhadores de uma organização. Entre estas metodologias, pode-se citar o método (ROSA; AMARAL, s.d.), que aborda a utilização de mapas conceituais como principal meio de compreensão da atividade, possibilitando a discussão da dimensão coletiva do trabalho de técnicos de enfermagem.

A importância da análise do coletivo se dá pela qualidade do trabalho ser amparada na qualificação das comunicações entre os membros do coletivo. Estas

necessitam garantir uma boa coordenação de decisões individuais, sendo capazes de compartilhar informações com disponibilidade para a resolução coletiva de problemas (KARSENTY; LACOSTE, 2007). Darses e Reuzeau (2007) destacam que a análise coletiva da situação e dos problemas enfrentados pelos indivíduos em uma organização é um campo fecundo, que permite estabelecer um referencial comum entre os trabalhadores. Técnicas e metodologias coletivas de análise situacional de problemas e projeção de melhorias carecem ser desenvolvidas (ROGALSKI, 2007).

Scheinkopf (1999) destaca a necessidade de adaptar e modificar os instrumentos de discussões de problemas conforme as necessidades e o ambiente do grupo pesquisado, utilizando diferentes táticas segundo os objetivos do contexto estudado. Assim, apenas reunir fisicamente os atores do trabalho não é suficiente para integrar seu trabalho e suas contribuições específicas. É necessário utilizar um método capaz de expor suas considerações (DARSES; REUZEAU, 2007).

Na literatura, duas técnicas de coleta de dados e análise de problemas se destacaram por terem sido utilizadas junto aos profissionais da enfermagem: a técnica Delphi e a técnica de Grupo Nominal. No entanto, ambas ainda não foram empregadas em estudos abrangentes no contexto da enfermagem hospitalar brasileira.

Portanto, o objetivo do presente estudo é implementar um método para resolução de problemas, provenientes do trabalho de cunho coletivo de um setor hospitalar, focando o profissional técnico de enfermagem. Desta maneira, foram idealizados procedimentos capazes de contemplar participativamente os problemas de ordem coletiva enfrentados pela organização hospitalar estudada, baseada na Árvore de Pré-requisitos proveniente do Processo de Pensamento da Teoria das Restrições (SCHEINKOPF, 1999) e na Técnica de Grupo Nominal. Deve-se frisar que este não visa discutir as melhorias concebidas participativamente com os técnicos de enfermagem, mas sim abordar a adequação do método proposto para a discussão de problemas de cunho coletivo.

Revisão Teórica

A revisão teórica aborda o trabalho coletivo, o trabalho coletivo da enfermagem, análise do trabalho coletivo e melhoria contínua na enfermagem.

Trabalho coletivo

O aparecimento de novas maneiras de organizar o trabalho impulsionou pesquisas científicas sobre o trabalho coletivo de grupos e times ou equipes, além de relativizar importância sobre fatores como autonomia, cooperação, comunicação, entre outros. No campo da ergonomia, principalmente a de origem francesa, vários termos são indistintamente utilizados para designar a entidade composta pela junção de diversos trabalhadores: trabalho em grupo, trabalho de grupo ou trabalho em equipe. No entanto, alguns autores abordam estes termos diferentemente, referindo-se à lacuna existente entre trabalhar em conjunto por um objetivo comum (trabalho em equipe ou trabalho em grupo) e trabalhar apenas espaço-temporalmente em conjunto (trabalho de grupo).

Desta maneira, a definição de grupo realizada por McGrath (1984), Leplat (1997) e Largier (2008) reside na necessidade de duas ou mais pessoas interagindo de forma coordenada e mutuamente conscientes de si dentro de um coletivo, com um objetivo comum. No entanto, o trabalho coletivo assume diferentes formas, de acordo com sua organização e com o tipo de atividade desempenhada: trabalho desempenhado por trabalhadores contratados em tempo integral ou parcial, da estabilidade deste grupo, de os objetivos serem compartilhados entre seus representantes, entre outros (LARGIER et al., 2008; BARTHE, QUEINNEC, 1999; Terssac; Maggi, 2004). Dejours (1997) descreve o coletivo de trabalho como uma conduta coordenada, que possibilita desempenhos superiores e suplementares em relação aos desempenhos individuais.

A importância do trabalho coletivo está baseada na afirmação de que esse é uma forma de incrementar a produtividade e o envolvimento dos indivíduos para com seu trabalho (GHEORGHIU; MOATY, 2003). Segundo a visão ergonômica, o trabalho não é apenas o desempenho de uma tarefa por um operador, mas o desempenho de várias tarefas através da ação coletiva destes vários operadores. O trabalho deixa de ser uma realidade já constituída, que conta apenas com a submissão de seu executante para ser uma ação coletiva, pelo meio da qual há uma cooperação entre os indivíduos e através do qual eles modificam sua situação. Esta ação coletiva tem por objetivo obter resultados de acordo com as condições ofertadas. Ela acontece estruturada por normas, regras e dispositivos que definirão seus limites, podendo isto ser questionado ou não pelos indivíduos e ofertando sofrimento de maior ou menor grau (TERSSAC; MAGGI,

2004). Assim, o trabalho coletivo deve ser entendido como uma forma de organização do trabalho. Esta é resultante de fatores como autonomia, cooperação ou colaboração, relacionamento interpessoal, interdependência, flexibilização/regulação.

A cooperação é o nível de organização das condutas humanas no trabalho, que indica a coordenação de ações, necessitando de relacionamento interpessoal e interdependência entre os trabalhadores. Por esta definição, passa o reconhecimento de erros individuais. A correção ou prevenção destes erros é possibilitada pelo cruzamento de ações diversas entre os distintos indivíduos. Desta maneira, a qualidade da cooperação, está diretamente relacionada à qualidade do trabalho, à confiabilidade e à segurança, podendo compensar as falhas da organização do trabalho prescrito e as restrições dos desempenhos humanos (DEJOURS, 1997).

Valléry (2004) destaca a importância da regulação e flexibilização no trabalho coletivo onde, muitas vezes, os trabalhadores têm conhecimentos diferentes sobre suas tarefas (diferentes modelos mentais). Esta afirmação destaca o compartilhamento de informações entre os trabalhadores, a fim de coordenar suas tarefas e negociar a solução de problemas, através das diferentes competências e possibilidade de autonomia.

Trabalho Coletivo da Enfermagem

A gênese de uma equipe se justifica pela necessidade de rompimento da divisão existente no trabalho dos profissionais implicados, pela possibilidade de responsabilização, pelo planejamento e execução de ações de cada equipe (SILVA; MARZIALE, 2000). Uma característica essencial do trabalho em grupo nos serviços de cuidados é o fato de cada profissional realizar uma tarefa específica que, no entanto, tem objetivos partilhados com os outros profissionais do grupo (MARTIN; GADBOIS, 2007). O trabalho na área da enfermagem é caracterizado pela necessidade do coletivo, ou seja, integração entre seus membros. Essa integração e a participação dos profissionais nas tarefas pode ocorrer em diversos níveis, desde uma simples sobreposição de tarefas até uma total integração entre os profissionais (SAUPE; CESTARI, 2002). Deste modo, o sistema em equipe na enfermagem é um método de distribuição dos cuidados, com base na divisão de tarefas entre os membros da equipe (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

O trabalho do enfermeiro na unidade hospitalar envolve diversas tarefas como coordenar a assistência e executar diversos procedimentos, prevendo condições de infraestrutura para o desenvolvimento e o correto funcionamento do trabalho coletivo, no âmbito da organização do trabalho da equipe de enfermagem e do ambiente hospitalar. O trabalho dos técnicos de enfermagem consiste nos cuidados relacionados à medicação, higiene e necessidades dos pacientes. Assim, no processo de trabalho em saúde, os profissionais executam as atividades com interdependência e complementaridade, necessitando de configurações de trabalho de ordem coletiva (RODRIGUES; LIMA, 2004; ALDERSON et al., 2005).

Apesar da dimensão coletiva e da necessidade de cooperação no trabalho de enfermagem, algumas tarefas são padronizados por normas e rotinas. Esta padronização de rotinas acaba por mecanizar e fragmentar o processo de trabalho, fortalecendo a divisão social e técnica do trabalho hospitalar (TAHAN, 1993; LOPES, 1997; RODRIGUES; LIMA, 2004). Assim, como em qualquer outro grupo de trabalho, no cotidiano do trabalho de enfermagem existem conflitos não apenas intergrupo (enfermeiros e outros profissionais), mas também intragrupo (apenas enfermeiros), isto é, existem problemas nas relações de trabalho entre os agentes da própria equipe, relativos à autonomia e poder (RODWELL, 1996; LIMA; ALMEIDA, 1999) e devido às dependências interindividuais que ocorrem no cruzamento de ações próprias entre os membros do grupo.

Além destes constrangimentos, a equipe de enfermagem ainda enfrenta o contato direto com seus clientes e isto tem impacto na organização do trabalho; uma vez que o cliente espera ter acesso ao serviço sempre que necessitar, podendo gerar sobrecarga de trabalho e mudanças nas tarefas executadas (CARAYON; SMITH, 2000).

A discussão sobre o trabalho coletivo foi poucas vezes realizada quando o foco é o grupo de enfermagem, sendo a maioria das publicações relativas ao coletivo de equipes multidisciplinares. Neste contexto, poucas pesquisas relatam sobre a participação dos técnicos de enfermagem nas discussões sobre seu trabalho (LIMA; ALMEIDA, 1999; GAIVA; SCOCHI, 2004).

Análise do Trabalho Coletivo

O trabalho é um sistema complexo devido ao grande número de situações distinguíveis que existem e concomitantemente, sua análise também tem respeitável complexidade. Desta maneira, a análise de uma atividade deve contemplar uma variedade de situações: aquelas não descritas na tarefa, mas que são realizadas por seus trabalhadores; as regulações estabelecidas pelos trabalhadores; a dimensão cognitiva de qualquer trabalho; a necessidade de margens de manobras em uma tarefa; o papel da experiência; entre outros. Assim, diversas são as situações que devem ser incluídas em uma análise do trabalho (CLOT et al., 2000; DANIELLOU, 2002).

O sujeito deve ser visto como um expositor de sua atividade, além da concepção singular e tímida de realizador da tarefa (FALZON, 2007). Além disto, ações diversificadas, ou seja, entre os diversos indivíduos, podem levar a objetivos e resultados semelhantes. Estas ações diversas podem ser expostas em uma análise do trabalho através dos métodos de confrontação (ROSA; AMARAL, s.d.).

Os métodos de confrontação são comumente utilizados em ergonomia para a análise da atividade real do operador e também são ferramentas úteis para promover a construção de novos processos através da prática (MOLLO, 2002). O trabalho pode ser confrontado pelo operador singularmente ou em coletivo. Quando o trabalhador é confrontado com a tarefa gravada, seja dele próprio (auto-confrontação) ou de outro trabalhador (alo-confrontação), há um distanciamento temporal e físico desta tarefa. Isto facilita a atividade reflexiva, onde o próprio trabalhador se torna um objeto de reflexão (FALZON et al., 1997; MOLLO, FALZON, 2004). Confrontar o indivíduo com a própria atividade o capacita a analisar suas ações, tornando a tarefa de reflexão sobre o trabalho mais fácil, uma vez que há uma tomada de consciência de partes da tarefa pelo indivíduo.

Outras técnicas de coleta de dados, como entrevistas e questionários, são apenas opiniões ou ‘discursos’ dos trabalhadores, uma vez que supõem que os mesmos têm opiniões formadas sobre seu trabalho, independente de seus interesses. Desta maneira, relações efetivas de relatos e experiências vividas não são facilmente estabelecidas. No entanto, a análise ergonômica do trabalho deve contemplar as verbalizações das

atividades da tarefa pelo operador, utilizando técnicas de confrontação e objetivando analisar saberes não conscientes (GUÉRIN et al., 2001; COCKELL, 2004). A confrontação entre o trabalhador e sua ação permite ao ergonomista compreender as maneiras de ação e seus objetivos. Estes fatores permitem descrever situações que podem ou devem ser modificadas (WISNER, 1994; COCKELL, 2004).

Barthe e Queinnec (1999) indicam critérios que podem ser utilizados em estudos de situações de trabalho coletivo: o primeiro nível, que aponta aspectos diretamente ligados à organização, como grau de intercessão entre os objetivos dos operadores, repartição das tarefas, além de análise de seu grau de dependência; o segundo nível, relacionando os meios materiais utilizados, como espaço e instrumentos de trabalho dos atores da atividade, momento de realização destas, meios de comunicação e de divisão ou não do objeto de trabalho; além de um terceiro nível, onde são considerados processos individuais e coletivos solicitados durante as interações, como: recursos intelectuais, competências, experiência dos operadores e fenômenos de grupo.

A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (TAC) (1989) foi utilizada por Saupe e Cestari (2002) para discutir participativamente o Projeto Político Pedagógico da enfermagem. A utilização deste método facilitou a ampliação do processo de discussão coletiva entre as diversas instituições, instigando a participação de todos os envolvidos. No entanto, não se observa a utilização deste método para a resolução de problemas coletivos laborais em enfermagem, apesar de vislumbra-se tal possibilidade.

De maneira similar, foram encontrados poucos estudos que utilizaram as técnicas de Grupo Nominal (CASSIANI, 1990) e Delphi (CLARKE, 1989; CASSIANI; RODRIGUES, 1996; FREI; FONTANA, 2001) para a coleta de dados e tomada de decisões na área da enfermagem hospitalar. A técnica de Grupo Nominal foi elaborada visando a criatividade do grupo, facilitando as decisões coletivas. Ela considera cinco etapas: elaboração das respostas individualmente, registro destas repostas, discussão para esclarecimentos, voto preliminar nas respostas e anotação e ordenação das respostas. Esta técnica é benéfica para a atividade em grupo, uma vez que é capaz de estabelecer um consenso nas respostas dos participantes (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Já na técnica Delphi, uma seqüência de questionários é aplicada aos participantes da pesquisa. Após a aplicação do primeiro questionário, as respostas são agrupadas e um segundo questionário, que contempla os achados do primeiro, é aplicado. Assim as etapas são sucessivamente realizadas, até que a análise dos resultados leve a resultados finais.

Melhoria Contínua na Enfermagem

Medidas sistemáticas que visam assegurar a qualidade assistencial em saúde são relativamente recentes (BURMESTER; MALIK, 1997; ADAMI, 2000). No Brasil, os conceitos da qualidade são baseados nos princípios de Deming e Juran, focando no atendimento ao cliente e assim, na busca por melhoria contínua nos processos internos e com isso buscando maior satisfação dos clientes (MALIK, 1996; HADDAD, 2004). Algumas instituições hospitalares de natureza pública e privada estão cada vez mais se postando a desenvolver estratégias e programas de gestão da qualidade. Deste modo, a busca pela melhoria do setor de saúde está cada vez mais presente em organizações hospitalares, objetivando melhorias em processos e resultados, sendo estas estratégias para a satisfação dos clientes e conseqüente competitividade da organização (KRISTIANE, 2003; CYPRIANO, 2004; FELDMAN; CUNHA, 2006).

Na área da enfermagem, houve sempre um controle subjetivo e informal da qualidade da assistência prestada, caracterizado pela preocupação dos profissionais em seguir procedimentos. Deste modo, a exemplo do que ocorre em termos de gestão administrativa nos hospitais, a enfermagem começa a entender a importância da gestão da qualidade para atender expectativas de trabalhadores e pacientes, sendo esta uma nova área de atuação do enfermeiro. No entanto, assim como na indústria, a maioria dos problemas analisados pela gestão da qualidade nas organizações de saúde é proveniente do processo e objetiva a satisfação do cliente: tempos de espera, melhoria dos processos de alta, entre outros (ANTUNES; TREVISAN, 2000; ADAMI, 2000; FERREIRA; SECO, 1993).

O setor de serviço da enfermagem é visado com destaque em avaliações de resultados em programas de qualificação hospitalar (FELDMAN; CUNHA, 2006). Donabedian (1980) destaca que o conceito de qualidade deve ser interpretado em duas

dimensões: a técnica, caracterizado pela aplicação do conhecimento objetivando a resolução de problemas do paciente e a interpessoal, caracterizado pela relação estabelecida entre prestador e receptor do serviço. Ainda identifica-se o fator humano nesta relação, onde o trabalhador de saúde e sua satisfação têm aspecto central na qualidade do serviço prestado (AIKEN et al., 2002). De maneira complementar, Goldratt (1994) e Goldratt e Cox (2003) afirmam que uma organização que visa uma vantagem competitiva em seu segmento deve satisfazer clientes e empregados. Assim, a satisfação da equipe de enfermagem é fator importante para a qualificação hospitalar (AIKEN et al., 2002; NEWMAN et al., 2002).

Adami (2000) relata que para assegurar a qualidade nos serviços de enfermagem, devem ser amparadas as atividades internas e externas. Como exemplos de atividades externas o autor destaca o processo de acreditação hospitalar e de atividades internas das comissões de auditoria médica e de enfermagem, de prevenção e controle das infecções, entre outras. Dentre estas se destaca a comissão de educação continuada, onde a qualidade das ações de saúde é relacionada com a capacitação dos profissionais que as prestam. Como educação permanente também se entende a transformação do trabalho e o desenvolvimento permanente de trabalhadores, em níveis individuais e coletivos.

Karsenty e Lacoste (2007) destacam que a qualidade do trabalho coletivo é amparada pela qualidade das comunicações entre os membros do coletivo. Estas necessitam garantir uma boa coordenação de decisões individuais, sendo capaz de compartilhar informações com disponibilidade para a resolução coletiva de problemas (DARSES; REUZEAU, 2007; ROGALSKI, 2007).

Desta maneira, Adami (2002) relata que uma gestão eficaz dos serviços de saúde, e conseqüentemente de enfermagem, que utiliza uma administração participativa, pode melhorar a qualidade da assistência prestada quando aliada a uma implementação de uma política responsável de formação de recursos humanos.

Método de Pesquisa

Este trabalho se caracteriza por ser um estudo de caso, realizado em uma unidade hospitalar. Para iniciar os trabalhos de pesquisa, uma reunião foi realizada com

a gerência do hospital e da unidade para que fossem explicados os objetivos da pesquisa. A direção do hospital decidiu a unidade a ser estudada, sendo esta a unidade de atendimento adulto, visto que em sua concepção era a que necessitava mais de trabalho coletivo dentro do hospital.

Outra reunião foi realizada com os participantes da pesquisa para que fosse explicado o caráter anônimo e voluntário da mesma. Participaram da reunião doze técnicos dos diversos turnos do hospital. A pesquisa contou com a participação de nove técnicos. No entanto, o grupo focado contou com a participação de apenas três técnicos do turno da noite, pela dificuldade de reunir os demais em um turno contrário àquele em que trabalham, sendo o noturno escolhido pelo fato de este ter uma menor carga de trabalho (não existem banhos ou transferências agendadas de pacientes entre hospitais neste turno, sendo que a demanda por parte dos pacientes também diminui pelo fato estarem repousando). A Figura 1 ilustra o método utilizado neste artigo.

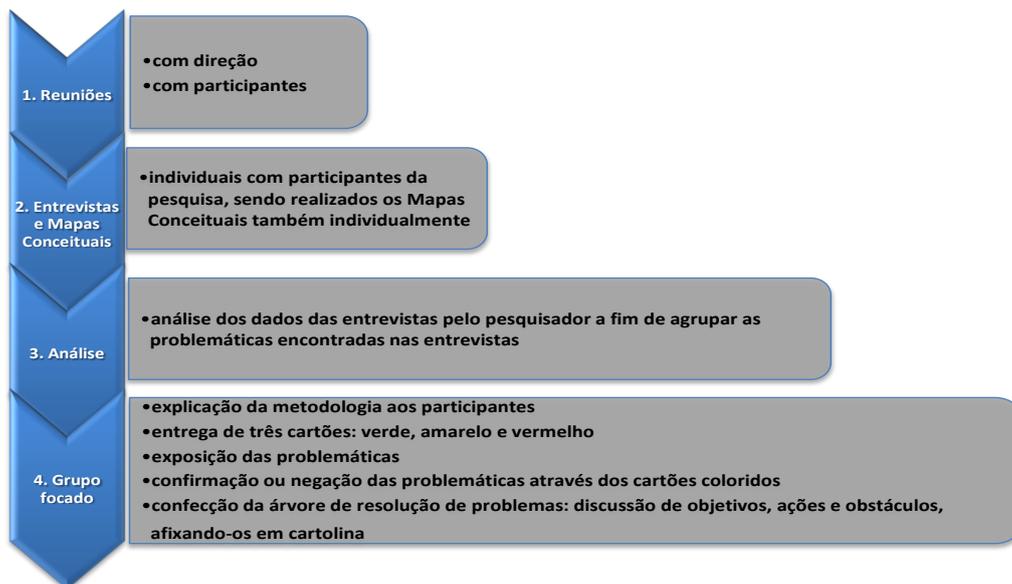


Figura 1 – Método de trabalho

O estudo iniciou através da realização de uma entrevista aberta individual (Quadro 1) sobre o trabalho coletivo desenvolvido por técnicas de enfermagem e algumas variáveis entendidas como a ele relacionadas (autonomia, cooperação ou colaboração, comunicação, regulação ou flexibilização e relacionamento interpessoal profissional). Os técnicos do turno diurno foram os respondentes, perfazendo um total de nove entrevistas. Estas foram gravadas para que fosse facilitada sua análise posterior.

Após a realização da entrevista, as respostas foram agrupadas conforme as variáveis pelo pesquisador (autonomia, colaboração, etc.). Houve a necessidade de agrupar as perguntas relacionadas à flexibilização e regulação em uma única variável, pois verificou-se que as respostas eram bastante semelhantes. Além disto, dados também foram coletados dos mapas conceituais desenvolvidos individualmente com os técnicos de enfermagem em um outro estudo dos mesmos autores (ROSA; AMARAL, s.d.)

Trabalho em Equipe	<p>O que vocês entendem por trabalho em equipe? Vocês trabalham em equipe? Quais são as principais características do trabalho em equipe de enfermagem? O que facilita o trabalho em equipe na unidade? E o que o dificulta? Existem estratégias que podem vir a auxiliar os problemas relacionados ao trabalho em equipes na sua unidade? Pode-se afirmar que os membros da equipe têm empatia entre si?</p>
Autonomia	<p>Existe espaço para decisões no seu trabalho, isto é, as rotinas de trabalho podem ser modificadas? Como ocorrem estas modificações? A necessidade de tomar decisões é alta (número de decisões)? Qual a complexidade destas decisões? Como acontecem as relações hierárquicas entre os membros da equipe? Há uma responsabilização de cada membro da equipe pelas ações de trabalho ou apenas alguns profissionais são responsabilizados?</p>
Cooperação ou colaboração	<p>Há uma necessidade de realizar tarefas não pertencentes as suas atribuições diretas, a fim de auxiliar o trabalho dos outros? Há, na maioria das vezes, um somatório de ações para atingir um objetivo ou cada pessoa trabalha isoladamente ? Há um compartilhamento de decisões no cotidiano ou normalmente as decisões são individualizadas? Existe indisponibilidade ou resistência dos colegas ao solicitar ajuda? Nesta equipe, durante situações de adversidade (erros, trocas de rotinas...), existe apoio e solidariedade?</p>
Comunicação	<p>Existe a necessidade de comunicação com os membros da equipe durante o desenvolvimento das tarefas? Como essa comunicação é realizada? Qual o suporte desta comunicação? Existem códigos específicos de comunicação (palavras, sinais, siglas, letras) para esta organização? Caso existam, são estes de entendimento geral? Houve alguma situação onde um profissional não entendeu ou entendeu erroneamente a informação? O que ocorreu? Como a situação foi contornada? Existe um procedimento para discussão de problemas dentro da organização?</p>
Relacionamento Interpessoal	<p>Existem rotinas que necessitem de relacionamento interpessoal? Como é o relacionamento profissional entre os membros da equipe durante as tarefas? Vocês consideram que formam um grupo que trabalha em equipe? Vocês consideram que todas as pessoas do grupo são receptivas ao diálogo e à reflexão de problemas? Existe um consenso de confiança entre os membros? Quando há a necessidade de delegar ou de troca de responsabilidades e atribuições, como isto ocorre?</p>

Flexibilização no Trabalho	Profissionais de uma mesma categoria profissional desempenham diferentes tarefas? Como ocorre esta diferenciação de tarefas? Existe um dinamismo de ações para atingir os objetivos ou as tarefas são padronizadas? O grupo pode se auto-organizar nas tarefas?
Regulação no Trabalho	A liderança na equipe é compartilhada pelo diferentes membros? Existem momentos onde é necessário realizar tarefas que não fazem parte de sua rotina? Como vocês se adéquam a estas tarefas não rotineiras?
Existem pontos críticos considerados importantes que não foram abordados ou superficialmente tratados?	
Outras considerações que julgues importantes e que não foram consideradas nesta pesquisa	
Quais ações você considera necessárias para que ocorram melhoramentos nos aspectos mencionados	

Quadro 1 – Entrevista sobre o trabalho coletivo desenvolvido por técnicas de enfermagem

Posteriormente ao agrupamento de respostas das entrevistas e dos mapas conceituais foi iniciada a fase de grupo focado. Para o início da sessão, foi explicado o método utilizado na pesquisa e foi entregue três cartões para cada participante, contendo as cores verde, amarelo e vermelho. Expuseram-se as problemáticas que haviam sido expressadas nos mapas conceituais e entrevistas com seus colegas de trabalho de outros turnos. Para confirmar a problemática, os participantes deveriam escolher um cartão dentre os entregues: verde – se concordavam com a afirmação do pesquisador; amarelo – se concordavam parcialmente com o pesquisador e vermelho – se discordavam do pesquisador.

Aquelas problemáticas, nas quais todos os três técnicos expuseram o cartão verde, foram discutidas e as demais combinações descartadas, pelo fato de os técnicos disporem de pouco tempo para o grupo focado. Foram estabelecidas 13 das 35 problemáticas para serem analisadas mais profundamente.

As problemáticas escolhidas foram então transformadas em objetivos pelo pesquisador, a fim de facilitar a análise da situação. Como exemplo cita-se a problemática “Suas contribuições e constatações dificilmente são consideradas pela equipe de enfermagem nas decisões da unidade”, a qual foi transformada no objetivo “Fazer com que a equipe considere suas contribuições e constatações” ou “não tenho autonomia para trabalhar na unidade”, objetivo: “ter autonomia para trabalhar na unidade”.

Por conseguinte, o pesquisador escrevia estes objetivos resumidamente em cartões auto adesivos de cor verde e os afixava em uma cartolina para que todos os integrantes do grupo focado pudessem visualizar as informações. Este objetivo era então posto em discussão. Após determinarem-se os objetivos, foram discutidas as ações que deveriam ser realizadas para atingir estes objetivos. Estas ações eram então resumidamente descritas em cartões auto adesivos de cor azul e este afixado abaixo de seu respectivo objetivo na cartolina. Após esta etapa, foram discutidos os obstáculos existentes para atingir as ações previamente afixadas e então resumidamente descritos em cartões auto adesivos vermelhos, para que fossem fixados entre os objetivos e as ações (Figura 2).

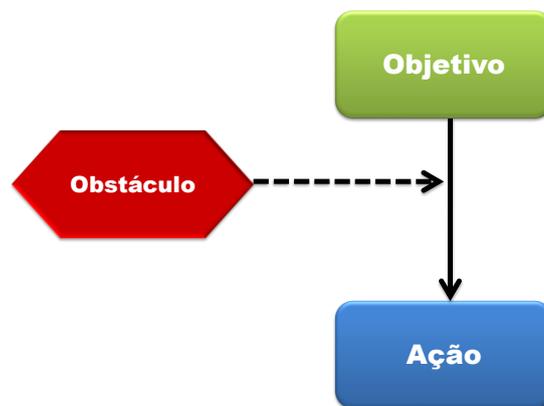


Figura 2 – Árvore de Resolução de Problemas

Resultados

Resultaram das entrevistas e dos mapas conceituais 35 problemáticas relacionadas ao trabalho em equipe na unidade. Destas, foram validadas 13 com os técnicos de enfermagem do grupo focado através da técnica de cartões coloridos. Os dados obtidos nas entrevistas e mapas conceituais estão dispostos nos Quadros 2, 3, 4, 5, 6 e 7, já agrupados conforme a variável relacionada (autonomia, cooperação ou colaboração, comunicação, relacionamento interpessoal ou flexibilização/regulação).

	Problema
Autonomia	<p>1-Suas contribuições e constatações dificilmente são consideradas pela equipe de enfermagem nas tomadas de decisão da unidade</p> <p>2-Decisões que envolvam os pacientes são tomadas apenas pelos médicos</p> <p>3-Não tem autonomia para trabalhar na unidade e selecionar tarefas mais urgentes na sua rotina (quando médico pede para fazer algo tem de ser naquele momento, independente do que elas consideram importante)</p> <p>4-Sua autonomia é apenas relativa, isto é, se querem modificar algo em sua rotina têm de pedir autorização da enfermeira antes, visto que ela é a chefe da equipe</p> <p>5-Não podem falar sobre situação do paciente quando eles ou seus familiares pedem. Isso faz com que se sintam impotentes, envergonhadas e menos importantes do que outros agentes no cuidado. Faz parecer que não sabem nada, mas ao mesmo tempo é bom porque não precisam dar “más notícias” aos pacientes</p> <p>6-Hierarquia forte dentro da equipe de enfermagem, por isso autonomia relativa</p>

Quadro 2 – Compilação de dados das entrevistas e mapas conceituais, dados referentes a autonomia

	Problema
Comunicação	<p>7-Falta passar informação do que foi realizado com paciente do colega. Às vezes fazem-se as tarefas duas vezes porque colega não passou o que fez, e isso leva a perda de tempo. Um simples aviso seria suficiente</p> <p>8-Na maioria das vezes a passagem de plantão é comunicada cara a cara entre colegas, inclusive os percalços do plantão. Complica quando um colega chega atrasado e não há a possibilidade de falar pra ele as informações</p> <p>9-As comunicações escritas dos médicos são difíceis de entender. Isso faz com que tenham de ir de colega em colega para tentar entender, mas nunca perguntam diretamente ao médico o que ele escreveu</p> <p>10-Às vezes não entendem as nomenclaturas utilizadas pelos colegas durante a passagem de plantão</p> <p>11-Alguns técnicos confundem as informações do paciente e passam plantão errado, referindo informações de outros pacientes algumas vezes</p> <p>12-A passagem de plantão serve apenas como um resumo das informações, não como um planejamento para a conduta e cuidados futuros. Esta era a visão até ser realizado o confronto dos mapas conceituais</p> <p>13-Colegas esquecem de passar ou não querem passar informações importantes durante as passagens de plantão</p>

Quadro 3 – Compilação de dados das entrevistas e mapas conceituais, dados referentes a comunicação

	Problema
Relacionamento Interpessoal	<p>14-Algumas técnicas não passam informações do paciente da outra quando por ventura alguma tarefa é desempenhada em seu lugar – isso as deixa mal perante a enfermeira e colegas e acarreta problemas de relacionamento</p> <p>15-Todos são solidários com o trabalho dos colegas, mas não gostam quando as tarefas do plantão anterior não foram realizadas (trocas de soros e fraldas, por exemplo)</p> <p>16-Na maioria das vezes a passagem de plantão é comunicada cara a cara entre colegas, inclusive os percalços do plantão. Complica quando um colega chega atrasado e não se consegue falar diretamente para ele as informações</p> <p>17-Às vezes uma informação passada no plantão anterior se perde por não ter sido registrada, apenas verbalizada</p> <p>18-Técnicos não têm abertura pra falar com outros profissionais além do enfermeiro (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos...). Isso faz com que não entendam porque se faz algumas tarefas para eles</p> <p>19-Médicos pedem coisas impossíveis por desconhecerem a situação do paciente (pesagem de acamados, por exemplo)</p> <p>20-Quando os técnicos não têm tempo de acabar algum trabalho (como exemplo a troca de algum soro que chegou ao final) a próxima equipe reclama, nem sabem por que a tarefa não foi realizada</p> <p>21-É importante que o colega receptor do plantão preste atenção na passagem. Referem ser extremamente desconfortante o fato de verbalizarem as informações do plantão “para as paredes”</p> <p>22-Confiar no trabalho dos colegas é um problema. Relatam ter de “confiar desconfiando” do trabalho de certos colegas, pois é a vida de um paciente que se encontra em jogo.</p> <p>23-Informações desnecessárias na passagem de plantão sobre o paciente atrapalham, tiram tempo</p> <p>24-Não conhecem o pessoal do outro turno, então fica mais complicado de falar sobre coisas que atrapalham de um turno para o outro</p> <p>25-Folguistas e novos colegas atrapalham andamento das atividades porque não conhecem rotina da unidade</p>

Quadro 4 – Compilação de dados das entrevistas e mapas conceituais, dados referentes a relacionamento interpessoal

	Problema
Flexibilização/Regulação	<p>26-Fica difícil captar todas as informações quando tem muitos pacientes e colega só relata a passagem de plantão</p> <p>27-Quando exame agendado para um paciente tem de se avisar no plantão para que se possa regular tempo e tarefas de acordo com o necessário</p> <p>28-Muito do que se passa no plantão é proveniente da experiência do emissor, isto é, o que ele considera importante</p> <p>29-Fica complicado quando trocam um paciente de leito e não trocam as pastas destes pacientes. Têm de ficar bem atentos às medicações porque ocorrem estes casos</p>

Quadro 5 – Compilação de dados das entrevistas e mapas conceituais, dados referentes a flexibilização/regulação

	Problema
Cooperação ou colaboração	30-Colegas que sempre pedem para realizar tarefas por eles são um problema, como por exemplo, cortar esparadrapos nos raios-X ou buscar medicações na farmácia
	31-Colegas que chegam atrasados atrapalham a rotina, pois alguém precisa “pegar” o plantão para ele e isso acaba atrapalhando o andamento do trabalho, pois tira tempo
	32-Acham que as outras equipes não são tão unidas quanto a equipe em que trabalham e que por isso acabam deixando de realizar as tarefas
	33-Colega esquece de passar informação de algum procedimento que ele realizou em paciente de outro técnico ou de alguma intercorrência que presenciou
	34-A falta de pessoal é o que mais atrapalha o trabalho da equipe. Quanto colega pede auxílio às vezes fica difícil de atendê-lo (ou por esquecimento mesmo), pelo excesso de carga de trabalho

Quadro 6 – Compilação de dados das entrevistas e mapas conceituais, dados referentes a cooperação/colaboração

	Problema
Outros	35-Colegas repassam informações da passagem de plantão junto aos pacientes, checando as informações. Por isso não dão conta do trabalho

Quadro 7 – Compilação de dados das entrevistas e mapas conceituais, dados referentes a outros

A Figura seguinte (Figura 3) demonstra as porcentagens de problemáticas encontradas segundo as variáveis estudadas. Pode-se observar que a maioria (34,29%) dos problemas apontados referiram-se a Relacionamento Interpessoal. Por conseguinte, foram apontados problemas relacionados à Comunicação (20%) e Autonomia (17,14%). Ainda foram retratados Colaboração/Cooperação (14,29%), Flexibilização/Regulação (11,43%) e Outros (2,86%). A variável outros referiu-se a um problema de comunicação juntamente com autonomia.

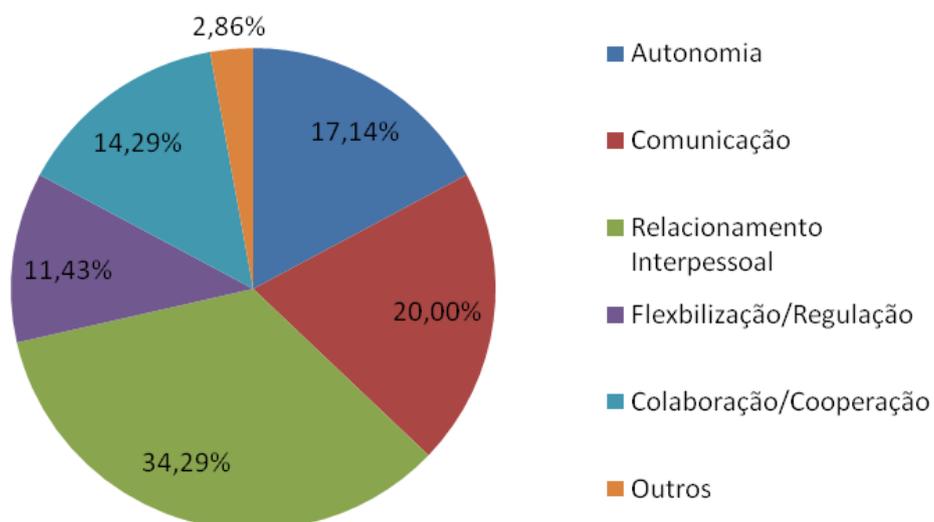


Figura 3 – Divisão dos problemas encontrados segundo as variáveis

Desta maneira, após realizar o agrupamento de problemas foram discutidos as problemáticas no grupo focado, com duração de uma hora. Das 35 problemáticas apresentadas ao grupo foram selecionadas para debate 13 (estas foram as que receberam três cartões verdes).

O Quadro 3 explicita as problemáticas debatidas do Quadro 2 e seus objetivos, assim como os obstáculos a estes objetivos e as ações necessárias para alcançá-los. Para facilitar a leitura do quadro apenas os números referenciais das problemáticas foram transcritos.

	Objetivo	Obstáculos	Ações
1	Fazer com que equipe de enfermagem considere suas contribuições nas tomadas de decisão da unidade	Equipe não considerar a importância dos técnicos para a unidade	Expor suas capacidades para a enfermeira, explicando que estão habilitadas para contribuir com o trabalho e para com as decisões na unidade. Realizar reuniões semanais com a equipe multidisciplinar para discutir os casos dos pacientes, proporcionando espaço de discussão a todos os membros da equipe
3	Poder selecionar tarefas mais urgentes da rotina	O não entendimento dos demais profissionais sobre prioridades do paciente	Ao ocorrer esta situação, expor as razões para não desempenhar a tarefa requisitada naquele momento
4	Não ter de pedir autorização à enfermeira para mudanças simples na rotina	Enfermeira não aceitar	Expor à enfermeira sobre necessidade de autonomia e flexibilização do trabalho
5	Ter maior autonomia para conversar com pacientes e familiares sobre sua situação	Pacientes esperarem respostas mais complexas, que são de conhecimento do médico ou da enfermeira	Estar ciente do que falar, conversar com enfermeira para determinar algumas respostas que poderiam ser dadas aos pacientes. Explicar aos pacientes que trabalham em equipe e que cada membro da equipe deve falar sobre sua especialidade
7	Passar informações das ações realizadas com pacientes de colegas sempre	Esquecer de passar as informações	Passar informações à colega no mesmo instante em que ocorreu. Se colega não estiver disponível, registrá-las em um local apropriado, que poderia ser um painel na unidade, por exemplo
9	Fazer com que os médicos escrevam em letra legível	Médicos não aceitarem contribuições	Sistematizar um processo de comunicações dentro da unidade para que não tenham que falar de problemas pessoalmente. Assim, cada membro da unidade poderia comunicar seus problemas sem ter de identificar-se
11	Padronizar informações a serem passadas durante as passagens de plantão	Técnicos não utilizarem as informações expostas no mapa conceitual	Deixar mapa conceitual desenvolvido exposto na unidade
15	Não deixar tarefas para o próximo turno	Alguma intercorrência que atrapalhe o trabalho (como transferências ou paradas de	Quando estiver perto do fim do plantão, revisar todos os leitos e realizar tarefas pendentes

		pacientes)	
17	Garantir que nenhuma informação se perca entre os plantões	Esquecer de anotar informações	Registrar informações em caderno único de plantão, como o das enfermeiras
18	Melhorar o relacionamento com os demais profissionais da unidade (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas...)	Falta de vontade da parte deles de passar informações sobre seu trabalho, falta de tempo porque eles atuam em diversos hospitais	Reunir-se periodicamente com estes profissionais, a fim de criar um sentimento de grupo para com todos os profissionais
19	Ter livre comunicação com todos os profissionais para explicar sobre dificuldades de realizar certas tarefas	Profissionais não aceitam em modificar suas requisições	Conversar e expor problemas para realizar tarefas no momento em que ocorrem
21	Garantir que os técnicos entendam a importância da passagem de plantão entre si	Preocupação com alta carga de trabalho faz com que técnicos iniciem outras tarefas antes do tempo, isto é, durante a passagem de plantão	Conversar com colegas sobre a importância da passagem de plantão
33	Ter pessoal suficiente trabalhando na unidade	Financeiro do hospital; descaso da direção; flutuação do número de pacientes internados faz com que carga de trabalho aumente em alguns períodos e diminua em outros	Expor situação à chefia, indicando situações onde ocorreu algo insatisfatório pelo fato de terem-se poucos profissionais atuando. Poderiam ser contratados profissionais apenas para os momentos de maior movimentação no hospital ou poder pedir auxílio para técnicos de outras unidades

Quadro 3 - Objetivos, Obstáculos e Ações das problemáticas

Discussão

Os resultados das entrevistas e dos mapas conceituais demonstraram que a maior parte dos problemas enfrentados pela equipe de técnicos de enfermagem é pautada no relacionamento interpessoal, comunicação e autonomia, sendo que estas três variáveis respondem por 71,43% das problemáticas coletivas apontadas.

Na variável relacionamento interpessoal, foi exposto o descontentamento para com o relacionamento entre os técnicos e os demais profissionais, que algumas vezes requisitam tarefas impossíveis, como a pesagem de pacientes acamados. Outro fator de descontentamento é o fato de não poderem informar os pacientes sobre seu estado.

Deste modo, relatam a dificuldade de comunicação como fator importante do trabalho coletivo não apenas para com os diversos profissionais como para com os próprios pacientes. Estryn-Béhar et al. (2007), Sloane et al. (1999) e Aiken (2002) afirmam que a comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais da saúde e pacientes, atribui maior controle sobre as práticas de cuidados, sendo um aspecto do trabalho significativo para o coletivo.

Apesar de estar estabelecido na literatura que a qualidade do trabalho coletivo tem influência sobre a satisfação, qualidade e níveis reduzidos de *burnout* no trabalho da enfermagem, a disponibilização de tempo para discutir os problemas dentro das organizações hospitalares vem diminuindo nos últimos anos, devido às reduções de custo e reorganizações do trabalho nestas organizações (ESTRYN-BÉHAR et al., 2007; MCHUGH, 1997). Em consequência a esta lacuna de discussão de problemas, sentimentos hostis podem surgir entre grupos de trabalho, desencadeando problemas de comunicação. Um bom trabalho coletivo e relacionamento interpessoal, além de uma organização do trabalho acordada pelos membros do grupo e comunicação eficaz, são fatores que evidenciam a habilidade do grupo em atender aos requisitos de seus membros (ESTRYN-BÉHAR et al., 2007).

O ressentimento do pessoal da enfermagem sobre a falta de informação sobre a situação do paciente é devido ao fato da comunicação, dentro da unidade, ser restrita à enfermagem juntamente com os médicos e demais profissionais. Esta problemática também demonstra constrangimentos entre os técnicos de enfermagem em relação à autonomia no trabalho (SANTOS, 2006).

A falta de autonomia expressa por todos os profissionais pode ser devido à necessidade de interdependência e complementaridade vistas no trabalho hospitalar, que é realizado fragmentadamente; isto é, padronizado por normas e rotinas que acabam por dividir a força de trabalho. As tarefas dos técnicos de enfermagem são bastante fragmentadas do todo, ou seja, são responsáveis apenas pelos cuidados relacionados à medicação, higiene e necessidades dos pacientes. Para qualquer outra atribuição, estes profissionais têm de referir-se à enfermeira. Estes dados foram corroborados em pesquisas de diversos autores (HAM, 2003; KATRINLI et al., 2009; RAFFERTY et al., 2009).

A variável cooperação/colaboração respondeu apenas por 14,29% das problemáticas apresentadas pelos técnicos de enfermagem quanto ao trabalho coletivo. Esta constatação contraria os achados de estudos de ergonomia, onde é exposto que problemáticas relacionadas à colaboração estão entre os principais fatores contribuintes aos problemas de coletividade (BARTHÉ; QUÉINNEC, 1999; DÉTIENNE, 2006; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007).

Os problemas coletivos descritos no Quadro 1 relacionados à colaboração do trabalho técnico em enfermagem são confirmados pelos achados de Keleher (1998): barreiras às práticas colaborativas hospitalares são diversas: falta de entendimento sobre papéis, diferenças educacionais, comunicação ineficaz, relações hierárquicas, entre outras. Na unidade acompanhada, além das fortes relações hierárquicas entre os membros, destacaram-se as dificuldades de comunicação, uma vez que raramente os técnicos de enfermagem trocavam informações sobre os pacientes com outros profissionais além da enfermeira.

Assim, os resultados deste estudo ilustram as dificuldades de trocar informações importantes, tornando a comunicação ineficaz, sobretudo durante a rotina de passagem de plantão (por exemplo, esquecimento de informações importantes ou o ‘filtro’ inadequado realizado por algumas técnicas mais experientes), indicando a necessidade de novas formas de comunicação, a fim de sanar tais dificuldades.

Pôde-se perceber, acordando com os achados de Estry-Béhar et al. (2007), que comunicação aberta entre os membros da equipe de enfermagem conduz a um trabalho coletivo mais eficaz e à satisfação da equipe. Os técnicos tinham boa comunicação com seus colegas de turno, mas nenhuma comunicação com os outros turnos além da passagem de plantão. Tais afirmações são baseadas em diversas verbalizações durante as entrevistas: de que “no nosso turno trabalhamos em equipe devido à cooperação e comunicação que temos com nossos colegas”, enfatizando-se que “os outros turnos não trabalham em equipe”, sendo que “nosso turno é bem melhor” e por isso “somos mais felizes com nosso trabalho e “fazemos melhor as coisas”, referindo-se à qualidade do atendimento ao paciente. Assim, a falta de relacionamento e conseqüentemente comunicação com os demais turnos, os levam a afirmar que os colegas dos demais turnos não têm um trabalho coletivo satisfatório e eficaz. Isto expressa a inexistência de

relacionamentos interturnos. Porém, estes dados podem também transparecer certa competição profissional entre os turnos, para desempenhar de maneira mais eficaz o cuidar do paciente. Esta competição, na visão de Keleher (1998), é uma barreira à colaboração no setor da saúde.

Uma problemática para o trabalho desenvolvido sob a forma de equipe hospitalar, e seguidamente citada na coleta de dados deste artigo, é a crescente escassez de profissionais enfermeiros no setor, além da crescente carência destes profissionais devido às condições de trabalho. Esta é uma problemática freqüentemente exposta por pesquisas situadas em países europeus (FACKELINANN, 2001; MARZIALE, 2001; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007). Não obstante, este fato vem sendo verificado nos demais países, principalmente na América do Sul, devido a dificuldades políticas e econômicas (LEPPA, 1996; HEGNEY et al., 2003; BUORBONNAIS, 2005). Desta maneira, formas de recrutamento e manutenção da força de trabalho da equipe de enfermagem devem ser encorajadas, visto que o desejo de abandonar a profissão está relacionado a fatores como: a qualidade do trabalho em equipe, relações interpessoais, possibilidades de carreira e influência no trabalho (GOODIN, 2003; ESTRYN-BÉHAR et al., 2007).

Assim, considerando todas as problemáticas, pôde-se perceber que diversas ações compreenderam a formação de reuniões periódicas, conjuntamente com a equipe multidisciplinar, a fim de discutirem os estudos de casos dos pacientes e os problemas da equipe. Isto demonstra a necessidade de coerir o grupo multidisciplinar sistematicamente. Thofen e Leopardi (2006) e Karsenty e Lacoste (2007), acordam que reuniões regulares favorecem o desenvolvimento social e do clima relacional do grupo, o surgimento da criatividade e de descobertas pessoais e coletivas que devem visar o aprimoramento do comportamento, do rendimento e minimizam as dificuldades inerentes à rotina dos grupos.

Barthe e Queinnec (1999) relatam sobre a importância da reflexão sobre o coletivo em qualquer análise do trabalho. A participação do trabalhador na análise de seu trabalho e o seu apoderamento para a identificação e discussão de problemas são fatores importantes, uma vez que os trabalhadores têm percepções diferentes das do ergonomista (BOHR et al., 1997; HAIMS; CARAYON, 1998; VINK et al., 2006;

LAING et al., 2007; SALEEN et al., 2003; LAING et al., 2005; RIVILIS et al., 2008). Além disto, Thomas et al. (2003) e Berger et al. (1980) relatam que as informações provenientes de profissionais, posicionados inferiormente em hierarquias, são raramente questionadas, mesmo quando estes indivíduos são os únicos possuidores deste conhecimento. Exemplo disto é o conhecimento advindo dos técnicos de enfermagem no ambiente hospitalar, o denominado ‘saber prático’.

Finalmente, percebeu-se que as ações e os obstáculos concebidos pelos técnicos foram bastante genéricos (‘Conversar sobre o assunto’ ou ‘Marcar reuniões periódicas’, entre outros). Este fato demonstra a importância de um moderador especialista no grupo de discussão, a fim de conjecturar ações e obstáculos mais específicos, ou um plano e ação mais eficaz.

Conclusão

O método elaborado neste artigo foi eficaz para aperfeiçoar o diálogo e encontrar meios de melhorar as problemáticas concernentes ao trabalho coletivo dos técnicos de enfermagem. Isto devido ao seu caráter de simplicidade e de fácil entendimento por parte dos colaboradores da pesquisa. A questão da esquematização por cores e fixação de cartões auto adesivos também refletiu o contentamento dos participantes, visto que demonstraram interesse e satisfação em participar da pesquisa. Importância também é atribuída às ações do método visando ultrapassar os obstáculos vislumbrados participativamente pelos técnicos de enfermagem, uma vez que são os maiores conhecedores de seu trabalho.

Ainda, através deste método, não apenas as problemáticas da atividade coletiva podem ser retratadas. Adicionalmente, esta pode ser utilizada com o intuito de modificar essa situação, sendo capaz de projetar novas e melhores situações de trabalho, através da discussão do que poderia ser feito e vislumbrar obstáculos. Estes são retratados e projetados participativamente entre ergonomistas e trabalhadores.

A qualidade das ações (neste caso de saúde) guardam relações diretas com o grau de satisfação dos profissionais. Desta maneira, discutir as problemáticas enfrentadas na rotina diária dos profissionais da enfermagem pode desencadear uma melhor qualidade de ações na organização.

O engajamento e satisfação dos participantes durante o desenvolvimento do método demonstra que outras problemáticas ergonômicas, além dos disfuncionamentos do trabalho coletivo, possam ser abordadas participativamente através da utilização deste mesmo método. Assim, novos estudos poderiam ser conduzidos, a fim de determinar sua contribuição para com outras problemáticas, além do trabalho coletivo. Um exemplo poderia ser o manejo de condições incertas para a tomada de decisão sobre o paciente.

Referências

ADAMI NP. A Melhoria Da Qualidade Nos Serviços de Enfermagem. *Acta Paul Enf.* 2000; 13(número especial): 190-96.

AIKEN LH, CLARKE SP, SLOANE DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care.* 2002; 14(1): 5-13.

ALDERSON M, MORIN EM, RHÉAUME J, SAINT-JEAN M. La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée: une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. *Santé Mentale au Québec.* 2005; 30(2): 345-58.

ALVAREZ RR. Desenvolvimento de uma Análise Comparativa de Métodos de Identificação, Análise e Solução de Problemas. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 1996.

ANCONA DG, CALDWEL DF. Demography and design: predictors of new product team performance. *Organizational Science.* 1992; 3(3): 321-41.

ANTUNES AV, TREVISAN MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev. latino-am. Enfermagem.* 2000; 8(1): 35-44.

BARTHE B, QUEINNEC Y. Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année psychologic.* 1999; 99(4): 663-86.

BERGER J, ROSENHOLTZ SJ, ZELDITCH M Jr. Status organizing process. *Ann Rev Soc.* 1980; 6: 479-508.

BOHR P, EVANOF BA, WOLF LC. Implementing participatory ergonomics teams among health care workers. *American Journal of Industrial Medicine.* 1997; 32(6) : 190-6.

BOURBONNAIS R, LAVOIE-TREMBLAY M, VIENS C, VEZINA M, DURAND PJ, ROCHETTE L. Improving the psychosocial work environment. *J Adv Nurs*. 2005; 49 (6): 655-64.

BURMESTER H, MALIK AM. Controle de qualidade no atendimento médico hospitalar. In: RODRIGUES EAC, MENDONCA JS, AMARANTE JB, ALVES FILHO MB, GRINBAUM RS, RICHTMANN R. Infecções Hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier, 1997.

CARAYON P, SMITH MJ. Work organization and ergonomics. *Applied Ergonomics*. 2000; 31(6): 49-662.

CASSIAN SHB. A Técnica De Grupo Nominal Como Instrumento De Coleta De Dados Nas Pesquisas Em Enfermagem. *Rev. Paul. de Enferm*. 1990; 9(2): 57-64.

CASSIANI SHB, RODRIGUES LP. A Técnica de Delphi e Técnica de Grupo Nominal Como Estratégias de Coleta de Dados das Pesquisas de Enfermagem. *Acta Paul. de Enferm*. 1996; 9(3): 533-40.

CHOI BCK, PAK AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med*. 2007; 30(6): 351-405.

CLARKE, HF. Developing consensus on Canadian family health needs: a step towards policy development. *Can J. Nurs. Res*. 1989; 21(4): 21-33.

COUPLAND C, BLYTON P, BACON N. A longitudinal study of the influence of shop floor work teams on expressions of 'us' and 'them'. *Human Relations*, 2005; 58: 1055-81.

CYPRIANO AS. Qualidade hospitalar - estudo de caso em hospital acreditado pelo CQH - programa de controle de qualidade hospitalar. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP); 2004.

DANIELLOU F. The French-speaking ergonomists approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*. 2005; 6(5): 409-27.

DARSES F, REUZEAU F. A Participação dos Usuários na Concepção dos Sistemas e Dispositivos de Trabalho. In: FALZON, P. Ergonomia. São Paulo: Blucher, 2007.

DEJOURS C. O Fator Humano. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1997.

DÉTIENNE F. Collaborative design: Managing task interdependencies and multiple perspectives. *Interacting with Computers*. 2006; 18: 1–20.

DONABEDIAN A. Explorations In Quality Assessment And Monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1980.

GOLDRATT EM. Computerized Shop Floor Scheduling. *International Journal of Production Research*. 1988; 26(3): 443-55.

EKLÖF M, INGELGARD A, HAGBERG M. Is Participative Ergonomics Associated with Better Working Environment and Health? A study Among Swedish White-collar VDU Users. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2004; 34(5): 355-64.

FACKELINANN K. Nursing Burnout May Lead To Major Health Care Crisis. *USA TODAY*. 2001; 7:9.

FALZON, P. Ergonomia. São Paulo: Blucher, 2007.

FELDMAN LB, CUNHA ICKO. Identificação dos Critérios de Avaliação de Resultados do Serviço de Enfermagem Nos Programas de Acreditação Hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(4): 540-45.

FERREIRA PL, SECO OM. Algumas Estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1993; 37: 159-72.

FINN R. The Language Of Teamwork: Reproducing Professional Divisions In The Operating Theatre. *Human Relations*. 2008; 6(1): 103-30.

FREY JH, FONTANA A. The Group Interview In Social Research. *Social Science Journal*. 1991; 28(2): 175-87.

GAIVA MAM, SCOCHI, CGS. Processo De Trabalho Em Saúde Enfermagem Em UTI Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004; 12(3): 469-76.

GHEORGIU M, MOATLY F. Le travail collectif chez les salariés de L'industrie. Groupes sociaux et enjeux de la cooperation au travail. Document de travail. *Centre D'études de Lémplo*. 2003; 29(1): 1-32.

GOLDRATT EM. A Síndrome do Palheiro: Garinpendo Informações num Oceano de Dados. São Paulo: Educator Editora, 1992.

GOLDRATT EM. Mais Que Sorte... Um Processo de Raciocínio. São Paulo: Educator Editora, 1994.

GOLDRATT EM, COX J. A Meta: um processo de melhoria contínua. São Paulo: Nobel, 2003.

GOODIN HJ. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003; 43(4): 335 – 43.

HAIMS MC, CARAYON P. Theory and practice for the implementation of ‘in-house’, continuous improvement participatory ergonomic programs. *Applied Ergonomics*. 1998; 29(6): 461–72.

HADDAD MCL. Qualidade na Assistência da Enfermagem – o processo de ação em hospital universitário público. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

HAM C. Improving The Performance Of Health Services: The Role Of Clinical Leadership. *Lancet*. 2003; 361: 1978-80.

HEGNEY D, PLANK A, PARKER A, PARKER V. Nursing workloads: the results of a study of Queensland Nurses. *Journal of Nursing Management*. 2003; 11(5): 307-14.

KATRINLI A, ATABAY G, GUNAY G, GUNERI B. Exploring The Antecedents Of Organizational Identification: The Role Of Job Dimensions, Individual Characteristics And Job Involvement. *Journal of Nursing Management*. 2009; 17(1): 66-73.

KARSENTY L, LACOSTE M. Comunicação e Trabalho. In: FALZON, P. Ergonomia. Sao Paulo: Blucher, 2007.

KARSENTY L. Cooperative Work: the role of explanation in creating a shared problem representation. *Le Travail Human*. 2000; 63(4): 289-309.

KEE R. Integrating Activity-Based costing with the theory of constraints to enhance production-related decision-making. *Accounting Horizons*. 1995; 9(4): 48-61.

KEE R, SCHIMDT C. A Comparative Analysis Of Utilizing Activity-Based Costing And The Theory Of Constraints For Making Product-Mix Decisions. *Int. J. Production Economics*. 2000; 63(1): 1-17.

KRISTIANE RS. Sistema Integrado de Gestão em Organizações Hospitalares: um enfoque dirigido à acreditação, NBR ISO 9001, NBR ISO 1400S E BS 8800. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2003.

LACOMBLEZ M. Analyse du travail et élaboration des programmes de formation professionnelle. *Relations Industrielles / Industrial Relations*. 2001; 56(3): 543-78.

LAINING AC, FRAZER MB, COLE DC, KERR M, WELLS, R, NORMAN R. Study of the effectiveness of a participatory ergonomics intervention in reducing worker pain severity through physical exposure pathways. *Ergonomics*. 2005; 48(2): 150–70.

LAINING AC, COLE DC, THEBERGE RP, WELLS MS, KERR MS, FRAZER MB. Effectiveness of a participatory ergonomics intervention in improving communication and psychosocial exposures. *Ergonomics*. 2007; 50(7): 1092–109.

LARGIER A, DELGOULET C, DE LA GARZA C. How should collective and distributed skills be considered in professional skills management? *Pistes*. 2008; 10(1): 1-23.

LEPLAT J. Regards Sur L'activité En Situation De Travail: contribution à la psychologie ergonomique. Paris: Universitaires de France, 1997.

LEPPA CJ. Nurse Relationships And Work Group Disruption. *JONA*. 1996; 26(10): 23-7.

LIMA MADS, ALMEIDA MCP. O Trabalho de Enfermagem na Produção de Cuidados de Saúde no Modelo Clínico. *Revista gaúcha Enferm*. 1999; 20(n.esp.): 86-101.

LOPES MJM. Poder, Interdependência E Complementaridade No Trabalho Hospitalar: Uma Análise A Partir Da Enfermagem. *Rev Bras de Enfer*. 1997; 50 (3): 381-90.

MALIK AM. Avaliação, Qualidade e Gestão... para trabalhadores da área da saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC, 1996.

MARTIN C, GADBOIS C. A Ergonomia no Hospital. In: FALZON, P. Ergonomia. São Paulo: Blucher, 2007.

MARZIALE MHP, CARVALHO EC. Condições Ergonômicas Do Trabalho Da Equipe De Enfermagem Em Unidade De Internação De Cardiologia. *Rev. Lat-Am. De Enfermagem*. 1998; 6(1): 99-117.

MARZIALE MHP, SILVA DMPP. Absenteísmo De Trabalhadores De Enfermagem Em Um Hospital Universitário. *Rev.latino-am.enfermagem*. 2000; 8(5): 44-51.

MARZIALE MHP. Enfermeiros Apontam as Inadequadas Condições de Trabalho Como Responsáveis pela Deteriorização da Qualidade da Assistência da Enfermagem. *Rev. Lat-Am Enfermagem*. 2001; 9(3): 1-5.

MCGRATH JE. Groups: interaction and performance. *Groups and Human Behavior*. University of Illinois. s. Vol. s. n., 1984.

- MCHUGH ML. Cost-Effectiveness Of Clustered Unit Vs. Unclustered Nurse Floating. *Nurs Econ.* 1997; 15: 294 –300.
- MINTZBERG H. Toward Healthier Hospitals. *Health Care Management Review.* 1997; 22(4): 9-18.
- MOLLO V. La Construction Des Procédures Par La Pratique: Le Rôle Des Outils Ergonomiques. In: EVESQUE JM, GAUTIER AM, SCHWARTZ Y, et al. Communication au XXXVII^o congrès de la SELF, "Les Évolutions De La Prescription". Aix-en-Provence;; 2002; 25-27: 201-8.
- MONTMOLLIN M. L'ergonomie. Paris: La Découverte, 1996.
- MUELLER F, PROCTER S, BUCHANAN D. Teamworking In It Context(s): antecedents, nature and dimensions. *Human Relations.* 2000; 53(11): 1387-424.
- MATO E, PIRES D. Teorias Administrativas E Organização Do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3): 508-14.
- NEWMAN K, MAYLOR U, CHANSARKAR B. The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain. *Journal of Management in Medicine.* 2002; 16(4): 271-91.
- PINHO MCG. Trabalho Em Equipe De Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição.* 2006; 3(8): 68-86.
- RAFFERTY AM, BALL J, AIKEN LH. Are Teamwork And Professional Autonomy Compatible, And Do They Result In Improved Hospital Care? *Quality in Health Care.* 2009; 10(II): 32-7.
- RAHMAN S. Theory Of Constraints: A review of the philosophy and its applications. *International Journal of Operations & Production Management.* 1998; 18(4): 336-55.
- RAND GK. Critical Chain: the theory of constraints applied to project management. *International Journal Of Project Management.* 2000; 18:173-7.
- RIVILIS I, VAN EERD D, CULLEN K, COLE DC, IRVIN E, TYSON J, MAHOOD Q. Effectiveness of Participatory Ergonomic Interventions on Health Outcomes: a systematic review. *Applied Ergonomics.* 2008; 39(3): 342-58.
- RODRIGUES FCP, LIMA MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev. Gaúcha Enfermagem.* 2004; 25(3): 314-22.

- ROSA LR, AMARAL FG. Mapas conceituais como ferramenta de análise do trabalho coletivo em equipes de enfermagem. Artigo a ser publicado. s.d.
- RODWELL CM. An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs*. 1996; 23(2): 305-13.
- ROGALSKI J. A Gestão das Crises. In: FALZON, P. Ergonomia. São Paulo: Blucher, 2007.
- SAUPE R, CESTARI ME. O Trabalho Coletivo Na Construção Do Projeto Político Pedagógico Dos Cursos De Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2002; 4(2): 22 – 6.
- SALEEM JJ, KLEINER BM, NUSSBAUM MA. Empirical evaluation of training and a work analysis tool for participatory ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2003; 31(6): 387-96.
- SCHEINKOPF LJ. Thinking for a change: Putting the TOC thinking process to use. Boca Raton: St. Lucia Press; 1999.
- SCOTT JG, SOCHALSKI J, AIKEN L. Review Of Magnet Hospital Research: findings and implications for professional nursing practice. *J Nurs Adm*. 1999; 29(1): 9 –19.
- SVEINSSDEÓTTIR H. Self-Assessed Quality Of Sleep, Occupational Health, Working Environment, Illness Experience And Job Satisfaction Of Female Nurses Working Different Combination Of Shifts. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2006; 20(1): 229-37.
- TAHAN H. The Nurse Case Manager in Acute Care Settings: Job Description and Function. *Journal of Nursing Administration*. 1993; 23(10): 53-61.
- TERSSAC G, MAGGI B. O Trabalho e a Abordagem Ergonômica. In: DANIELLOU F. A Ergonomia em Busca de Seus Princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.
- THOFEHRN MB, LEOPARDI MT. Teoria Dos Vínculos Profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2006; 15(3): 409-17.
- THOMAS EJ, SEXTON B, HELMRICH RL. Discrepant Attitudes About Teamwork Among Critical Care Nurses and Physicians. *Crit Care Med*. 2003; 31(3): 956-8.
- UMBLE M, SRIKANTH ML. Synchronous Manufacturing: Principles for World Class Excellence. Cincinnati: South-Western Publishing Co., 1990.

VALLÉRY G. Relations De Service Et Approche Ergonomique: saisir le caractère dynamique et situé de l'activité au travers de l'analyse des interactions « agent-client ». *Activités*. 2004; 1(2): 121-46.

VALOT C. Métacognition et connaissances métacognitives. Intérêt pour l'ergonomie. [Tese de Doutorado]. França. Université Toulouse le Mirail; 1998.

VINK P, KONINGSVELD EAP, MOLENBROEK JF. Positive Outcomes of Participatory Ergonomics In Terms Of Greater Comfort and Higher Productivity. *Applied Ergonomics*. 2006; 37(4): 537-46.

3. CONCLUSÃO

Esta dissertação aborda o tema de intervenções ergonômicas com enfoque em ergonomia participativa aplicada no setor da saúde com profissionais técnicos de enfermagem e seu trabalho coletivo. Portanto, o objetivo geral foi estudar os problemas relativos ao trabalho coletivo em equipes de enfermagem e propor uma sistemática que permita aperfeiçoar as intervenções ergonômicas de cunho participativo neste setor. Constituíram em objetivos específicos, desenvolvidos em cada artigo individualmente:

- O objetivo do primeiro artigo apresentado é identificar os fatores associados ao trabalho coletivo de enfermagem, capazes de influenciar o desenvolvimento das atividades;

- O artigo segundo implica em elaborar mapas conceituais como método de compreensão da atividade, possibilitando a discussão da concepção da dimensão coletiva para trabalhadores do setor da enfermagem em um hospital;

- O terceiro artigo visa implementar uma sistemática para resolução de problemas, provenientes do trabalho de cunho coletivo de um setor hospitalar, focando o profissional técnico de enfermagem.

Desta maneira, a elaboração dos três artigos apresentados neste trabalho, sendo o segundo e o terceiro aplicados em uma unidade de tratamento adulto de um hospital, permitiu estabelecer que a problemática do trabalho coletivo dos profissionais da enfermagem necessita de um maior número de pesquisas. Uma vez que muitos artigos discorrem sobre o trabalho colaborativo interdisciplinar e poucos sobre o trabalho coletivo entre a equipe de enfermagem. Os estudos demonstraram o valor do trabalho coletivo e sua associação com algumas atribuições ocupacionais positivas e organizacionais, que poderiam ser racionalizados (pensados) por gestores de equipes de enfermagem hospitalares.

O método desenvolvido no artigo dois demonstrou uma maneira de abordar o trabalho coletivo dos técnicos de enfermagem através de mapas conceituais, sendo este artigo responsável por expor participativamente problemáticas ergonômicas, colocando

em debate aspectos do trabalho coletivo sob as diferentes visões de seus realizadores (confrontação coletiva participativa).

A reflexão da atividade através da utilização de mapas conceituais oportuniza a aprendizagem ocupacional, demonstrado nesta pesquisa através da conjectura de novos meios de ação e de meios de prescrição de tarefa próximos à atividade.

Já o terceiro artigo aperfeiçoou o diálogo e encontrou meios de melhorar as problemáticas concernentes ao trabalho coletivo dos técnicos de enfermagem, visto que foi um procedimento de fácil entendimento por parte dos colaboradores da pesquisa. Este procedimento foi capaz de explorar problemáticas, objetivos (isto é, maneiras de transgredir estas problemáticas), obstáculos a estes objetivos e ações necessárias para atingi-los.

Assim, a congruências destes três artigos demonstra acima de tudo maneiras participativas de análise e resolução de problemas provenientes do trabalho de ordem coletiva, de colocar-se em discussão estas problemáticas e buscar-se maneiras de resolvê-las, debatendo obstáculos a estas. Isto concebido em conjunto com os próprios operadores, valendo-se de suas experiências, criatividade e disposição para mudar.

Ao mesmo tempo, as problemáticas acerca do trabalho coletivo desenvolvido por profissionais da enfermagem necessitam de um maior número de pesquisas. Neste contexto, futuros estudos poderiam explorar a ligação entre atitudes relacionadas ao trabalho coletivo e satisfação no trabalho, *turnover*, produtividade e ajuste de risco de resultados com pacientes. Caso exista conexão, programas de treinamento do trabalho em equipes devem ser desenvolvidos e validados com o objetivo de melhorar o trabalho coletivo e o cuidado ao paciente. Neste contexto, poder-se-ia explorar a ligação entre atitudes relacionadas ao trabalho coletivo e satisfação no trabalho, *turnover*, produtividade e ajuste de risco de resultados com pacientes.

Estudos futuros poderiam comparar os diferentes métodos de confrontação (alo, auto e alo confrontação coletiva) para a aprendizagem colaborativa. Além disto, poderia ser discutida a necessidade da inclusão das filmagens na formulação dos mapas conceituais para a eficácia da confrontação coletiva.

O engajamento e a satisfação dos participantes durante o desenvolvimento do método dos artigos demonstrou que outras problemáticas ergonômicas, além do trabalho coletivo, podem ser abordadas participativamente através da utilização deste mesmo método. Assim, novos estudos poderiam ser conduzidos a fim de determinar sua contribuição para com outras problemáticas além do trabalho coletivo. Um exemplo poderia ser o manejo de condições incertas para a tomada de decisão sobre o paciente.

4. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO JI, PINHO DLM. Teoria e Prática Ergonômica: Seus Limites e Possibilidades. *Escola, Saúde e Trabalho – Estudos Psicológicos*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

ADAMI, NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enf*. 2000; 13: número especial, parte I.

AIKEN L, CLARKE SP, SLOANE DM, SOCHALSKI JA, BUSSE R; Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff*. 2001; 20(3): 255-63.

ARAÚJO A. O Problema das Representações Mentais e Algumas Tentativas de Solução. *Philosophos*. 2003; 8(1): 17-27.

BOWDITCH, J. L.; BUONO, A. F. Fundamentos de comportamento organizacional. 2006; (6) LTC (Grupo GEN).

CARAYON P, SMITH M J. Work organization and ergonomics. *Applied Ergonomics*. 2000(6); 31: 649-62.

CHOI BCK, PAK AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med*. 2007; 30(6): 351-405.

DWYER T. Abordagens Participativas: Novas Fronteiras nos Estudos do Trabalho. Encontro Anual da ANPOCS – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisas em Ciências Sociais. Petrópolis, RJ. 23-27 de outubro de 2000.

GARLET ER. O Processo de Trabalho da Equipe de Saúde de Uma Unidade Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

GOLDRATT E M.. Mais Que Sorte...Um Processo de Raciocínio. São Paulo, SP: Educator Editora, 1994.

GOLDRATT E M, COX J. A Meta: um processo de melhoria contínua. São Paulo: Nobel, 2003.

GUÉRIN F, LAVILLE A, DANIELLOU F, DURAFFOURG J-H. Compreender o Trabalho Para Transformá-lo: A Prática da Ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HAINES M, CARAYON P. Theory and Practice for the Implementation of “In-House”, Continuous Improvement Participatory Ergonomic Programs. *Applied Ergonomics*. 1998; 29(6): 461-72.

HAINES H, WILSON JR, KONINGSVELD E. Validating a Framework for Participatory Ergonomics (the PEF). *Applied Ergonomics*. 2002; 45(4): 309-27.

HALL P, WEAVER L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ*. 2001; 35: 867-75.

HASLAM RA. Targeting Ergonomics Interventions-Learning From Health Promotion. *Applied Ergonomics*. 2002; 33(3): 241-49.

HESS JA, HECKER S, WEINSTEIN M, LUNGER M. A Participatory Ergonomics Intervention to Reduce Risk Factors for Low-Back Disorders in Concrete Laborers. *Applied Ergonomics*. 2004; 35(5): 427-41.

HODSON R. Dignity in the Workplace under Participative Management: Alienation and Freedom Revisited. *American Sociological Review*. 1996; 61(5): 719-38.

JACQUES MGC. Abordagens Teórico-Metodológicas em Saúde-Doença Mental e Trabalho. *Psicologia & Sociedade*. 2003; 15(1): 97-116.

JACQUES MG, CODO W. Saúde mental & trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

JOHNSON-LAIR PN, MANI K. The mental representation of spatial descriptions. *Memory & Cognition*. 1982; 10(2): 181-7.

JONG AM, VINK P. Participatory Ergonomics Applied In Installation Work. *Applied Ergonomics*. 2002; 33(5): 439-48.

KARLTUN J, EKLUND J. Experts Versus Participants. Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting Proceedings, Human Factors and Ergonomics Society. Proceedings 2 - Macroergonomics , p. 197-200(4), Califórnia, Estados Unidos, 2000.

KOGI K. Participatory Methods Effective for Ergonomics Workplace Improvement. *Applied Ergonomics*. 2006; 37(4): 547-54.

KUORINKA I. Tools And Means Of Implementing Participatory Ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 1997; 19(4): 267-70.

LIMA MCF. de C. Análise das Condições Ergonômicas de Trabalho dos Auxiliares de Enfermagem em uma Unidade de Internação Hospitalar. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Engenharia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

MOREIRA MA. Aprendizagem Significativa Crítica (ou Subversiva). III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Lisboa (Peniche), 11-15 de setembro de 2000.

NORO K. Participatory ergonomics. In: Karwowski, Waldemar., Marras, William S. *The Occupational Ergonomics Handbook*. CRC Press, Boca Raton, Flórida/Estados Unidos, 1999.

NYSSSEN AS, JAVAUX D. Analysis of synthronization constraints and associated errors in collective work environments. *Ergonomics*. 1996; 39(10): 1249-64.

OLIVAR MSP. Trabalho e Saúde: As Condições dos Trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro (RS): Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

PAI DD. Enfermagem, Trabalho e Saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

PEHKONEN I, et al. Evaluation of a Participatory Intervention Process in Kitchen Work. *Applied Ergonomics*, 2008; 40(1): 115-23.

PINHO DLM, ABRAHAO JI, FERREIRA MC. As Estratégias Operatórias e a Gestão da Informação no Trabalho de Enfermagem, no Contexto Hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003; 11(2): 168-76.

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

RICE B, PEKAREK D, CONNOLY V, KING I, MICKELSON S. Participatory Ergonomics: Deteremining Injury Control “Buy-In” of US Army Cadre. *Work*. 2002; 18(2): 191-203.

THOMAS EJ, SEXTON B, HELMRICH RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crt Care Med*. 2003; 31(3): 956-8.

VILLAR RMS. Produção do Conhecimento e Ergonomia na Enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Escola de Engenharia. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

VINK P, KONINGSVELD EAP, MOLENBROEK JF. Positive Outcomes Of Participatory Ergonomics In Terms Of Greater Comfort And Higher Productivity. *Applied Ergonomics*. 2006; 37(4): 537- 46.

WESTGAARD RH. Work-related musculoskeletal complaints: some ergonomics challenges upon the start of a new century. *Applied Ergonomics*. 31(6): 569-80.

WHITE RE, PRYBUTOK V. The relationship between JIT practices and type of production system. *Omega*, 2001; 29(2): 113-24.

WILSON JR. Solution ownership in participative work design: the case of a crane control room. *International Journal Industrial Ergonomics*. 1995; 15(5): 329-44.

WILSON J, HAINES H, MORRIS W. Participatory Ergonomics. Capítulo de livro (36)
IN: Evaluation of Human Work. CRC Press. Nottingham, Reino Unido, 2005.