

R 1299719
02/06/00

JANEL MARIA DE AQUINO

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE UMA EQUIPE
CIRÚRGICA: influências no ambiente de trabalho
e na assistência**

Dissertação apresentada ao programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem com área de concentração: Administração dos Serviços de Enfermagem.

610.730699
R 6692
2000

Orientador: Profº. Dr. José Lucimar Tavares

SALVADOR
2000

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1299719	
02 / 04 / 2000	

A657 Aquino, Jael Maria de

As relações interpessoais de uma equipe cirúrgica: influências no ambiente de trabalho e na assistência/Jael Maria de Aquino. - Salvador: UFBA, 2000.

87 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

1. Relações interpessoais 2. Comunicação I Título.

CDU: 316.472.4(043.3)

"Pessoas convivem e trabalham com pessoas e portam-se como pessoas, reagem as outras, entram em contato, comunicam-se, simpatizam e sentem atrações, entram em conflito e competem, colaboram e desenvolvem afeto, isto constitui o processo de interação humana, é o processo pelo qual se desenvolvem as relações interpessoais".

FELA MOSCOVICI

**A MINHA MÃE JOSEFA
E AO MEU FILHO AVRÉLIO**

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus toda honra e glória pela sua atuação, de forma extraordinária na minha vida, durante este período providenciando meios para suprir minhas necessidades.

A meus pais José Tomaz e Josefa, pelos ensinamentos.

As minhas irmãs Marta e Enedina por terem sonhado junto comigo, pela presença constante e o apoio nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Severino, Natanael, Samuel, Jeremias, Isaías e José Francisco, por me ajudarem a dar os primeiros passos.

Ao meu esposo Aurelio, companheiro e amigo presente em todos os momentos, sempre apoiando-me, incentivando-me e, principalmente, por ter acreditado na minha capacidade, sonhando junto comigo.

A minha Igreja Batista e ao pastor Manoel Marinho, pela companhia constante na minha vida.

Aos amigos e irmãos em Cristo: Davi Pedro, Clementina Castilho, Carlos Caetano, Lindinalva Cleonice, Maria Terezinha, Luiz Jairo, Inalda José e Maria José do Monte, pela proteção e carinho.

Ao casal Graciete e Davi que diretamente colaboram comigo

nesse período.

A Rivaldo Felix, pela ajuda, cuidado e carinho.

À Maria José de Aquino, por ter aceitado o desafio de morar em Salvador e cuidar do meu filho.

Ao meu Orientador professor Dr. José Lucimar Tavares, por ter aceito o desafio de conduzir o meu caminhar com carinho e paciência e, principalmente, pela sua dedicação.

À Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-FENSG na pessoa de sua diretora Kátia Rejane por minha liberação para a realização do mestrado.

Às amigas e colegas de trabalho: Estela Meirelles, Silvana Sidney, Fátima Abrão e Ducilene, pelo incentivo e preocupação.

Às colegas: Sônia Garcia, Regina Célia, Joana D'arc, Cláudia Sena, Betânia da Mata, pelo incentivo nos momentos de dificuldade.

À amiga Lúcia de Fátima, por sua capacidade de saber ouvir.

Às funcionárias da FENSG: Maria José, Vera Marinéia, Josefa Corolina, Zuleide, Iraci, Fátima, Roseane e Aleir.

À professora Arabela, pela ajuda na hora certa.

À Edivaldina secretária da Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA pela forte presença e ajuda constante.

À amiga Iêda e Mara pela parcela de contribuição mesmo à

distância.

O amigo Florinaldo e sua esposa Sílvia, pelo apoio.

Às amigas Maria Dinalva, Ana Dulce e seu esposo Iran, pela convivência agradável durante o curso.

Às amigas Suely e Aparecida, pelo apoio e colegas do mestrado: Vera, Sinara, Sandra, Margareth, Larissa, Lorena e Tereza Cristina.

Às professoras doutoras: Míriam Paiva, Josicélia Fernandes e Dora Sadigursky, pela presença constante durante a elaboração deste trabalho.

Às professoras do mestrado.

À Instituição que permitiu o uso de seu espaço para a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Antônio Lopes, pelo incentivo durante a pesquisa de campo.

Aos meus familiares: Elizabete, Elizane, Elenilda, Severino Filho, Edjane, Stela, Edilson, Robenilson, Isonaide, Márcio, Maria Gorete, Maria Isabel, Maria de Fátima, Luciene, Maria da Conceição, Edilene e Edna.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO	9
Objeto do Estudo	13
Objetivo Geral	13
Objetivos Específicos.....	14
CAPÍTULO I - O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E COMUNICAÇÃO NO TRABALHO	15
1.1 ASPECTOS DO RELACIONAMENTO HUMANO	15
1.2 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRABALHO.....	19
1.3 RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO HOSPITAL.....	26
1.4 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO CENTRO CIRÚRGICO: aspectos administrativos.....	27
1.5 COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL..	31
1.5.1 Comunicação e relacionamento interpessoal no trabalho	35
1.5.2 Comunicação e o relacionamento interpessoal no centro cirúrgico	37
CAPÍTULO II - PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	40
2.1 TIPO DO ESTUDO.....	40
2.2 OS SUJEITOS.....	40
2.3 O CAMPO.....	41
2.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	44
2.5 ANÁLISE.....	46
2.5.1 Pressupostos e conceitos da Teoria da Relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee.....	46
CAPÍTULO III - OS RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO	50
3.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO.....	51

3.2 ANALISANDO AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA EQUIPE CIRÚRGICA.....	56
• Categoria 1 - o relacionamento interpessoal entre a equipe cirúrgica associado às questões técnicas e de rotina de trabalho...	56
• Categoria 2 - o relacionamento interpessoal associado à manutenção dos papéis e do respeito a hierarquia.....	59
• Categoria 3 - o relacionamento interpessoal associado as condições de trabalho e ao estresse.....	64
• Categoria 4 - o relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica dicotomizado: o relacionamento pessoal e o relacionamento profissional.....	68
• Categoria 5 - o relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica, interferindo na assistência prestada ao paciente.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
ABSTRACT	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO	

RESUMO

Este é o relato de um estudo de natureza qualitativa desenvolvido em um centro cirúrgico de um Hospital Público, geral e de grande porte da cidade de Recife-PE, objetivando analisar as relações interpessoais desenvolvidas entre os componentes de uma equipe cirúrgica e sua influência no ambiente de trabalho e na assistência. Para tanto, foram utilizadas as técnicas de observação participante e da entrevista estruturada no período compreendido entre os meses de março a julho de 1999. Os dados obtidos possibilitaram a construção de cinco categorias: - categoria 1 - *o relacionamento interpessoal entre a equipe cirúrgica associado às questões técnicas e de rotina do trabalho*; categoria 2 - *o relacionamento interpessoal associado à manutenção dos papéis e do respeito à hierarquia*; categoria 3 - *o relacionamento interpessoal associado às condições de trabalho e ao estresse*; categoria 4 - *o relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica dicotomizado: o relacionamento pessoal e o relacionamento profissional*; categoria 5 - *o relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica interferindo na assistência prestada ao paciente*. As manifestações foram analisadas à luz da Teoria da Relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee (1979). Os resultados apontaram para a existência de relações interpessoais, com valorização excessiva das tarefas, da hierarquia e dos papéis exercidos na equipe. A análise possibilitou também a verificação de que as relações interpessoais da equipe cirúrgica influenciaram, efetivamente, o ambiente de trabalho e a assistência prestada ao paciente nessa unidade. O comportamento exibido nas relações interpessoais pelos componentes do grupo, parece estar introjetado por eles de tal maneira, que manifesta-se de forma natural na convivência cotidiana da equipe.

1-INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu da minha experiência enquanto docente da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico, do curso de graduação da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças- UPE.

Durante as aulas práticas, desenvolvidas em centro cirúrgico, observei, ainda que assistematicamente, que o relacionamento da equipe cirúrgica, traduzia-se em um comportamento impessoal, manifestado muito mais pelo interesse do grupo em desenvolver corretamente as técnicas em detrimento de uma relação de natureza pessoal e humanizada.

As relações interpessoais no trabalho, quando não se desenvolvem adequadamente, podem produzir no ambiente um "clima" desfavorável e tendem, freqüentemente, a interferir em todo processo laboral.

Desse modo, face a esta inquietação, senti-me motivada a realizar um estudo voltado para a administração dos serviços de enfermagem e, nesse processo, a vertente dos recursos humanos de modo a buscar compreender as relações interpessoais da equipe cirúrgica frente a situação acima mencionada.

Segundo SILVA (1997), o centro cirúrgico é destinado a realização de atividades complexas, envolvendo a assistência ao cliente cirúrgico tanto aquela de caráter eletivo, quanto emergencial.

Nesse sentido, sabe-se que tal complexidade, associada aos possíveis riscos da assistência, leva a equipe cirúrgica a sentir o "peso" da responsabilidade que essa atividade exige; somando-se a isto, a existência

processo de trabalho, sobretudo, por esse setor ser especializado e requerer dos profissionais atenção, segurança e tranquilidade para o desenvolvimento de suas atividades.

Entretanto, entendo que, mesmo com a presença desses fatores, deva-se justificar que os indivíduos que compõem essa equipe desenvolvam e apresentem um comportamento que os leve, costumeiramente, a falar em tom de voz excessivamente alto e a tratarem-se de forma impessoal, a exemplo de alguns dos profissionais serem denominados como: “o Doutor da neuro”, “a Circulante da láparo”, “a Dona chefe do plantão”, entre outros, caracterizando distanciamento entre as pessoas.

Concordo com o pensamento de SILVA (1997) quando assegura que, para o bom funcionamento do centro cirúrgico, é importante a existência de um relacionamento adequado entre a equipe o que, certamente, traduzir-se-á, também, na melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente.

Segundo AVELAR et al (1990), o centro cirúrgico é dividido em cinco subsistemas: o estrutural, o administrativo, o tecnológico, o de metas e valores e o psicossocial. Este último considerado como o mais importante, uma vez que ele é, basicamente, constituído pelo relacionamento criado entre as pessoas que trabalham nessa unidade.

TANAKA (1987) afirma que todas as atividades humanas estão baseadas no relacionamento interpessoal, sendo isso imperioso para que todas as pessoas possam conviver satisfatoriamente, pois o ser humano vive em grupo e, portanto, tem necessidade primária de relacionar-se com o outro, seja na família, na escola ou no trabalho.

Deve ser ressaltado, ainda, que nas relações humanas é necessário sentir o outro, como ele pensa, age e se comporta diante de certos problemas da vida, o que em muito facilitará a manutenção de uma boa convivência, apesar das diversas posições filosóficas, econômicas, culturais e do preconceito, que são alguns dos muitos aspectos geradores de conflitos nas relações de um grupo. Devem descobrir não só como agem e porque agem, mas os modos que utilizam para compensar suas próprias dificuldades (MINICUCCI, 1992).

Assim, o ser humano necessita compreender-se melhor e ao outro, conscientizando-se de sua atuação no grupo, pois quando entendemos o outro e a nós mesmos, o relacionamento torna-se mais espontâneo e efetivo.

As atividades humanas baseiam-se no relacionamento interpessoal e quando esse acontece no ambiente hospitalar, tende a ser mais difícil, em geral, pelo clima tenso que mobiliza ansiedade, devido a natureza das atividades que ali costumam ser desenvolvidas.

No entanto, mesmo sendo consideradas complexas as relações entre indivíduos, há necessidade do homem pertencer a um grupo social, o que lhe permitirá sobreviver em sociedade.

Para SOUSA et al (1998), o ambiente hospitalar poderá provocar mudanças no comportamento de alguns indivíduos e, sendo o centro cirúrgico um ambiente fechado e de pouco contato com as unidades externas, leva aqueles que nele trabalha a ficarem isolados, pouco à vontade, mantendo-se quase sempre em estado de alerta por ser, freqüentemente, considerado como um ambiente potencialmente estressante.

Nesse entendimento, o centro cirúrgico é um dos ambientes mais complexos do hospital, pois nele estão concentrados os recursos humanos e materiais necessários ao ato anestésico-cirúrgico e, freqüentemente, as suas atividades são desenvolvidas em um clima de tensão, especialmente, pela existência de certos procedimentos estressores, geradores de ansiedade, quer pelas condições do cliente quer pela complexidade do ato anestésico e cirúrgico.

Esse clima, estressante e ansiogênico, parece interferir no estabelecimento de relações interpessoais harmoniosas, refletindo-se no ambiente e nas ações empreendidas pela equipe.

O estresse pode ser definido como uma ampla classe de problemas que lida com as exigências de quaisquer sistema do organismo humano, seja ele fisiológico, social ou psicológico. A resposta do sistema dependerá de como a pessoa irá interpretar ou abordar o significado e a importância do evento nocivo, ameaçador ou desafiador para ela (SOUZA, et al 1993).

FRANÇA & RODRIGUES (1997) destacam que o estresse é um conjunto de reações, que o organismo desenvolve ao ser submetido a qualquer situação que exija esforço para adaptar-se a ela.

Para SOLOMON & PATCH (1975), a ansiedade é uma experiência subjetiva, uma tensão desagradável e um estado de inquietação que acompanha o conflito ou a ameaça psíquica. Traduz-se, freqüentemente, por reações físicas tais como aumento da freqüência respiratória e do pulso e, algumas pessoas, chegam a apresentar hipertensão arterial, ainda que temporária.

Esse fenômeno, emocional e complexo, ocorre concomitantemente a certas situações estressoras e caracteriza-se, também, por vigências difusas, preocupações e temores em relação a algo ou alguém. Nas suas manifestações físicas incluem-se, ainda, a tensão muscular e aquelas decorrentes da descarga tensional do sistema nervoso autônomo, tais como: sensações de aperto no peito, sudorese, tremores nas mãos, boca seca, taquicardia, gagueira, tonturas, entre outros.

Essas respostas são de natureza adaptativa, com as quais o nosso organismo busca preservar o equilíbrio, evitar ameaças e superar os desafios, próprios da nossa existência (SADIGURSKY & OLIVEIRA, 1998).

Assim, a presença constante do estado ansioso, por força de vivências estressantes no trabalho, pode ser um dos fatores intervenientes no processo de relacionamento entre a equipe cirúrgica. Entretanto, sendo o indivíduo um ser singular e, ao mesmo tempo, envolvido por uma grande complexidade comportamental, sabemos que muitos outros aspectos influenciam a sua forma de relacionar-se, tanto consigo próprio, quanto com os outros.

Dessa maneira, face às considerações tecidas acima, destaco como objeto deste estudo: **as relações interpessoais da equipe cirúrgica e sua influência sobre o ambiente de trabalho.**

Como objetivo principal, pretendi **analisar como se desenvolvem as relações interpessoais entre os componentes de uma equipe cirúrgica e a influência que essas relações exercem no ambiente de trabalho e na assistência.**

São objetivos específicos:

- Identificar a existência de alterações nas atividades de rotina de um centro cirúrgico, associadas à natureza das relações interpessoais da equipe;
- Identificar características do ambiente e situações consideradas estressoras que interferem no relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica;
- Identificar possíveis influências das relações desenvolvidas pela equipe cirúrgica, que possam refletir sobre a assistência ao paciente, em um Centro Cirúrgico.

Assim, espero que os resultados desta investigação, forneçam aos sujeitos envolvidos, subsídios para reflexões e, quiçá, estimularem modificações que possam beneficiar o relacionamento que ocorre entre os componentes da equipe cirúrgica, cooperando para a melhoria do clima, ambiente e do processo de trabalho próprio do campo de estudo, revertendo-se em benefício para os pacientes, usuários dos serviços dessa unidade.

CAPITULO I

1 O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E A COMUNICAÇÃO NO TRABALHO

1.1 ASPECTOS DO RELACIONAMENTO HUMANO

Nesse momento, discorro sucintamente sobre alguns aspectos que envolvem as relações humanas, destacando aquelas que se desenvolvem no trabalho, direcionando-as para o ambiente hospitalar e para o centro cirúrgico.

O termo relacionamento humano é empregado quando se refere ao contato entre pessoas, desenvolvido nas mais diferentes situações e ambientes a exemplo do familiar, da escola, e do trabalho.

SILVA et al (1989) ressaltam que o homem interage com o universo e, dessa interação, pode dar e receber energia para sua vida, fato que o capacita para uma adaptação satisfatória ao ambiente e às pessoas.

Desse modo, o ser humano não vive fechado em si mesmo, e a relação com o outro costuma levar-nos ao crescimento, com repercussão desse crescimento no ambiente social em que vivemos.

FARO (1990) comenta que o homem necessita viver em grupos sociais, nos quais as relações interpessoais costumam ser complexas, face a natureza humana e ao envolvimento de aspectos como: valores, normas, padrões de vida, crenças, entre outros.

Sabemos que o homem é um ser único, e para conviver com ele é necessário entendê-lo como se apresenta nos diversos aspectos: físicos, mentais e sociais, procurando, muitas vezes, "ouvir" e sentir suas emoções.

Nesse sentido, FUREGATO (1999) assinala que o indivíduo precisa ser capaz de conviver plenamente cada um dos seus sentimentos e reações, fazendo uso do seu equipamento orgânico, de modo a sentir sua situação existencial interna e externa. Sua tendência é viver entre os seus pares de forma construtiva e equilibrada, adaptando-se, sempre, tanto às novas quanto às antigas situações de relacionamento.

TRAVELBEE (1979) comenta sobre a capacidade que tem o homem de enfrentar a realidade e de identificar-se como ser único, diferente dos demais, e da sua grande capacidade para dirigir e controlar a própria vida e conduta.

Deve ser ressaltado, mais uma vez, que o relacionamento do homem com o outro e com ele mesmo é imperioso para a vida. Assim, necessitamos viver em grupo e criar alianças em busca da felicidade. Não podemos esquecer, entretanto, que todo ser humano é imperfeito e, como tal, possuímos limitações físicas, psicológicas e sociais. Caso não estejamos atentos a essas limitações, correremos o risco de considerarmos o outro como objeto.

Desse modo, ROGERS & ROSENBERG (1977) comentam que se pode utilizar os conhecimentos sobre o comportamento do homem nas suas relações quotidianas, das seguintes formas: escravizando as pessoas, despersonalizando-as; controlando-as, sem que elas tenham consciência disso; podemos usar, também, a alternativa de fazer homens felizes, bem

história passada, conferindo a cada indivíduo natureza única e pessoal que, mesmo ocupando funções iguais na organização, não pensam igual e não agem da mesma maneira.

Nesse sentido, FUREGATO (1999) refere que a percepção que cada pessoa tem do mundo que a rodeia é expressa através do seu comportamento e, como cada pessoa é única, sua percepção da realidade também é muito pessoal. É também diferenciada a relação interpessoal que se dá entre duas ou mais pessoas, pois não podemos esquecer que todo o ser humano é imperfeito e, como tal, apresenta limitações físicas, psicológicas e sociais.

A relação do homem com o trabalho e com as outras pessoas vem sendo muito discutida nos últimos anos pela necessidade que existe de torná-la mais harmoniosa e prazerosa. MOSCOVICI (1998) demonstra em seus estudos que, para o ambiente de trabalho ser agradável e estimulante, é necessário que as relações interpessoais influenciem-no, e que essa influência seja uma meta a ser atingida por todos da organização.

relacionamento interpessoal, destacando como um dos pontos mais importantes a comunicação, fator de redução de conflitos, favorecendo aos indivíduos o dar e o receber apoio.

Esses mesmos autores ressaltam, também, que as organizações contemporâneas buscam lideranças de qualidade, que possam promover mudanças de comportamento e estimulem o trabalho em equipe como forma principal para efetuar mudanças, pois consideram que o conhecimento de cada um dos seus componentes complementarará o conhecimento do outro.

Neste sentido, MOSCOVICI (1996) também assinala que os indivíduos são atingidos nos seus sistemas pessoais e interpessoais, pensamentos, sentimentos e crenças, o que interferem nas suas relações interpessoais, podendo acarretar falhas no desempenho e queda na qualidade do trabalho. Assim, mantendo-se o relacionamento interpessoal harmonioso e prazeroso, possibilitará o trabalho cooperativo em equipe, conjugando a experiência de cada participante, sendo importante para a produção de um ambiente agradável.

Buscando compreender o comportamento do homem no trabalho, DEJOURS et al (1994) chamam a atenção para a relação homem- trabalho, e seus efeitos concretos e reais. Comentam sobre a armadilha da vivência individual e coletiva, que poderá ser uma experiência de prazer, satisfação, frustração ou até mesmo de agressividade. Reforçam que o trabalhador não é uma máquina, pois tem história pessoal, aspirações, desejos, motivações e necessidades físicas e psicológicas próprias.

Ainda de acordo com esses autores, a questão da carga psíquica proveniente da organização, bem como da divisão do trabalho representam

relacionamento interpessoal, destacando como um dos pontos mais importantes a comunicação, fator de redução de conflitos, favorecendo aos indivíduos o dar e o receber apoio.

Esses mesmos autores ressaltam, também, que as organizações contemporâneas buscam lideranças de qualidade, que possam promover mudanças de comportamento e estimulem o trabalho em equipe como forma principal para efetuar mudanças, pois consideram que o conhecimento de cada um dos seus componentes complementarará o conhecimento do outro.

Neste sentido, MOSCOVICI (1996) também assinala que os indivíduos são atingidos nos seus sistemas pessoais e interpessoais, pensamentos, sentimentos e crenças, o que interferem nas suas relações interpessoais, podendo acarretar falhas no desempenho e queda na qualidade do trabalho. Assim, mantendo-se o relacionamento interpessoal harmonioso e prazeroso, possibilitará o trabalho cooperativo em equipe, conjugando a experiência de cada participante, sendo importante para a produção de um ambiente agradável.

Buscando compreender o comportamento do homem no trabalho, DEJOURS et al (1994) chamam a atenção para a relação homem- trabalho, e seus efeitos concretos e reais. Comentam sobre a armadilha da vivência individual e coletiva, que poderá ser uma experiência de prazer, satisfação, frustração ou até mesmo de agressividade. Reforçam que o trabalhador não é uma máquina, pois tem história pessoal, aspirações, desejos, motivações e necessidades físicas e psicológicas próprias.

Ainda de acordo com esses autores, a questão da carga psíquica proveniente da organização, bem como da divisão do trabalho representam

uma separação entre as pessoas, gerando quebra das relações do trabalhador com a organização e trazendo como conseqüências o sofrimento, o desprazer e a tensão.

Nesse sentido, KANAANE (1994) constatou que as experiências vivenciadas pelos indivíduos no ambiente organizacional ou social afetam, de forma significativa, os estados mentais, mas podem, também, atuar como integradoras e enriquecedoras da vida.

Assim, as organizações influenciam, sensivelmente, nos modos de relações vivenciadas no cotidiano do trabalhador. Os trabalhadores são seres humanos e suas vidas continuam quando deixam o serviço; atirando-se logo depois para outras atividades mais espontâneas, desejadas e criativas. Essas atividades, correspondem à busca de satisfação de certas necessidades pessoais e, com isso, favorecem um relacionamento mais afetivo do indivíduo no trabalho, ao possibilitar a redução de conflitos (DEJOURS et al, 1994; FERNANDES, 1997).

O comportamento afetivo do grupo, caracteriza-se pela demonstração de amizade e diferenciação entre os membros, mostrando que o impulso mais forte do ser humano é o contato com o outro, pois é uma necessidade que não deve ser substituída. No grupo existe um conjunto de normas, condutas, idéias, crenças, valores que se desencadeiam com seu funcionamento, determinando a existência de uma estrutura social não formal, com modelos próprios de relacionamento entre os seus membros (FARO, 1990).

MOSCOVICI (1996) nos lembra que os avanços tecnológicos livraram o homem do "trabalho pesado", possibilitando-lhe tempo para cuidar das

suas tarefas individuais e grupais. Assim, pensava-se que a flexibilidade e a alegria de viver tinha ressurgido, porém isso não aconteceu, pois o homem tornou-se frio e impessoal nas suas relações de trabalho. Chama, ainda, a atenção para a importância da relação que vem prevalecendo no cotidiano, e a denomina de **eu-isto**, onde o indivíduo é visto, apenas, como um instrumento usado para atingir os objetivos e promover satisfação do outro.

Entretanto, não é sempre que encontramos a relação do **eu-isto**. É fundamental que no trabalho haja um clima onde cada um seja responsável pelos atos do grupo, e que este grupo, também, tenha para si a responsabilidade dos seus componentes. Dessa maneira, criar um clima organizacional onde a autenticidade seja uma característica, além do apreço e da compreensão, possibilita ao grupo sair da rigidez e da impessoalidade, caminhando em direção à flexibilidade, vivendo com autonomia e usando a criatividade num ambiente onde existe auto-aceitação e realização (ROGERS & ROSENBERG, 1977).

O relacionamento interpessoal é um processo, por isso depende de variações conjunturais de espaço, tempo e contexto. Tem relação com a natureza contraditória e complexa do homem. Logo, o seu comportamento não deve provocar surpresas, pois pode existir cooperação e competição, ternura e hostilidade, alegria e tristeza, carinho e agressão. Entretanto, o homem é dotado de uma grande capacidade de se adaptar a situações diferentes. Desse modo, o processo de interação humana, encontra-se presente na organização, sendo aquele que mais influencia na soma das

atividades e nos resultados, mesmo quando a organização insiste na utilização de uma abordagem racional (MOSCOVICI, 1998).

Deve ser destacado que em um grupo, os seus membros manifestam-se de maneira diversa e, às vezes, de forma oposta, porém as manifestações individuais estão associadas aos sentimentos coletivos, os quais, às vezes, são até mesmo inconscientes. Entretanto, os sentimentos expressados individualmente são sempre advindos sentimentos coletivos (PAGÉS, 1982).

Nesta linha de pensamento, CHANLAT (1996) chama atenção para a relação entre os indivíduos e para o ambiente em que esses estão inseridos, bem como para os múltiplos papéis e as influências ambientais exercida sobre o grupo, pois o comportamento humano é resultado do espaço social que ele ocupa na sociedade. Logo, o espaço corresponde a um vetor das interações sociais, e os espaços de trabalho não são simples espaços mecânicos, são espaços humanos, porque são formados por pessoas que desenvolvem atividades para pessoas. Quando os sentimentos são compartilhados, mesmo que sejam diferentes, conduzem a uma maior interação das pessoas e a melhoria no desenvolvimento das suas atividades.

Para MOSCOVICI (1998), sentimentos positivos de simpatia e atração propiciam o aumento da interação e cooperação entre o grupo, repercutindo favoravelmente nas tarefas, o que resulta no aumento da produtividade. Quando existem diferenças de sentimentos em relação a cada situação, há a escolha de diferentes formas para encará-las, e isso vai determinar o tipo de relacionamento entre os membros do grupo: colegas de trabalho e superiores. A competência interpessoal é a habilidade de lidar eficazmente

com as outras pessoas, considerando as necessidades individuais em cada situação.

Ainda, pensando sobre o homem nas organizações, SHINYASHIKI (1999) salienta que este não é reconhecido em sua plenitude, o que torna difícil resgatar todo o seu potencial e talento. Na sua visão, o homem é responsável pelas mudanças e avanços tecnológicos, porém em constante crise. A solução para essa crise é valorizá-lo como um ser único e competente, considerando e respeitando o significado que ele dá para a vida e para a felicidade, pois só as pessoas felizes podem construir uma organização moderna, eficiente e harmoniosa.

O trabalho é geralmente considerado como uma atividade, que o homem exerce para sobreviver. Entretanto, ainda pode ser entendido como um instrumento de tortura ou de prazer tendo, também, o significado do exercício de uma ação com finalidade meramente econômica.

A esse respeito, LUNARDI FILHO (1995) assegura que, uma das mais importantes finalidades dos representantes do capitalismo é o trabalho a serviço de uma organização racional para o abastecimento de bens materiais. Posteriormente, essa idéia foi associada a idéia da vocação, e a divisão do trabalho passou a considerar, também, o homem vocacionado.

Nesse sentido, as pessoas vêm desvirtuando sua essência humana, na medida em que os valores materiais têm prevalecido sobre os valores éticos, privilegiando a busca de posses, de conquistas concretas e de maior poder sobre as demais pessoas com quem trabalha. Desde a descoberta da máquina a vapor o homem vem desenvolvendo tarefas mecânicas, levando-o a afastar-se do seu companheiro de trabalho. Assim, esta situação vem

contradizer a necessidade de procurar a paz, a harmonia, e a felicidade interior, pois o homem tornou-se um objeto ou máquina, sem que os seus sentimentos fossem considerados e respeitados (MOSCOVICI, 1998).

Dejours apud LUNARDI FILHO (1995) ressalta que a organização do trabalho não é determinada pelo trabalhador, e divide tanto os homens quanto as tarefas. Tal divisão de homens, implica no esfacelamento das relações humanas e do trabalho. Desse modo, essa organização recorta de uma só vez, o conteúdo da tarefa e o convívio entre as pessoas.

O trabalho é considerado importante para o indivíduo como fator de equilíbrio psicológico, e as relações que o indivíduo estabelece com a sociedade estão demarcadas pelas possibilidades e perspectivas originadas da posição que ocupa no contexto social e, em especial, no ambiente profissional. A relação que a pessoa tem com o trabalho deve se dar com a capacidade criativa. As tarefas não devem ser executadas mecanicamente, mas com prazer e dedicação; trabalhar não é apenas uma fonte de sobrevivência, mas a capacidade de criar, de mudar, e de transformar (KANAANE, 1994).

1.3 RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO HOSPITAL

O hospital é uma organização que possui características peculiares no que se refere à estrutura física, à clientela e ao serviço que é prestado. Assim, as pessoas que nele trabalham, guardadas as individualidades e as peculiaridades dos setores que atuam, convivem com a doença, com o sofrimento, e com certas situações de gravidade, que as aproximam da vulnerabilidade e, não raro, da nossa finitude.

Essa dinâmica, tende a influenciar o comportamento das pessoas e, conseqüentemente, interfere nos relacionamentos interpessoais.

Quando o cliente está no hospital tem, além do tratamento específico, a necessidade de calor humano, a qual é imposta pelo próprio ambiente, suas condições de saúde e pelas mudanças na sua vida e no seu comportamento. Essa situação, exige dos profissionais maior disponibilidade, no sentido de prestar uma assistência humanizada, envolvendo não somente a relação com o paciente, mas, também, com a equipe.

Desse modo, para que o hospital seja um ambiente humanizado é necessário que todos se tornem conscientes dos seus papéis, e entendam que a assistência à saúde é realizada por pessoas e para pessoas.

Sendo assim, cada equipe do hospital tem uma função própria, significado e importância diferentes, e os papéis desempenhados pelos indivíduos nessa equipe são percebidos de maneira variada não só pelo cliente, sua família, mas por todos os outros profissionais envolvidos no processo.

1.4 AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO CENTRO

CIRÚRGICO: aspectos administrativos

No enfoque sistêmico da administração, o centro cirúrgico é considerado um micro sistema da organização hospitalar, nele está contido, entre outros, o subsistema psicossocial, constituído pelas interações, expectativas, aspirações, opiniões e valores das pessoas que dele fazem parte. Essas pessoas são profissionais que se encontram em diferentes estágios da vida, seres que possuem suas próprias metas, ideologias, bem como graus de prestígios, estima e poder, conferidos pelo trabalho e a posição social que ocupa (AVELAR, 1995).

Em geral, no centro cirúrgico a grande preocupação dos componentes da equipe costuma estar voltada para o preparo de materiais e testagem dos aparelhos, de modo a não ocorrer nenhum defeito durante o ato anestésico-cirúrgico. Essa preocupação técnica deixa, freqüentemente, de lado a relação pessoa a pessoa, tão necessária ao desenvolvimento de um trabalho mais prazeroso e menos conflitante.

Nesse sentido, MOURA (1998) ressalta que as atividades desenvolvidas no centro cirúrgico exige dos profissionais um estado de alerta permanente, razão pela qual as pessoas que ali trabalham deixam de formar um "conjunto em sintonia", com a finalidade de oferecer segurança ao paciente.

Entretanto, chamo a atenção que o aspecto tecnológico é entendido como um dos instrumentos utilizados nas atividades a serem desenvolvidas

com o cliente no centro cirúrgico, pois ele não pode ser usado para atender as necessidades emocionais e sociais. O dualismo existente entre a tecnologia e a humanização da assistência prestada nessa unidade e, por outro lado, a "automatização" da equipe cirúrgica parece que transformaram o centro cirúrgico em um ambiente complexo não apenas para os paciente, mas, também, para a própria equipe (AVELAR, 1995).

Deve ser lembrado que esse ambiente apresenta as seguintes características: é fechado, tem acesso restrito, estando aberto apenas aos que nele trabalham; a temperatura costuma ser baixa, independentemente do clima e, nesse espaço, circula uma equipe com todos os seus componentes paramentados com roupas de tecidos nas cores verde bandeira, cinza ou azul escuro, além do uso de máscara e gorro, deixando-os muito parecidos, o que dificulta a sua identificação.

Tais características, tendem a distanciar as pessoas, influenciando, sobremaneira, as relações que se estabelecem tanto entre os profissionais quanto entre esses e os clientes.

A área restrita do centro cirúrgico, ainda, é extremamente demarcada por zonas: zonas não restrita, onde chega familiares e pacientes; zona semi-restrita, na qual para se ter acesso é necessário trocar a roupa por uma paramentação específica; e a zona restrita, que compreende as salas de cirurgias, e que para o seu acesso é necessário, além da roupa própria, o uso de máscara, gorro e propé.

Desse modo, o somatório desses itens, cria um ambiente peculiar onde as pessoas, de modo geral, só têm acesso a ele com um fim

determinado e, quando cliente, costuma retornar a sua unidade de origem, após a realização do procedimento.

A organização do trabalho também influencia as ações e a vida das pessoas e, sobre isso, MOSCOVICI (1996) comenta que a qualidade de vida na organização deixa muito a desejar, quando o modelo burocrático ainda predomina nas organizações sociais.

Nesse sentido, o funcionamento do centro cirúrgico ainda está pautado no modelo burocrático de tarefas e as pessoas que desenvolvem suas atividades, neste setor, estão constantemente preocupadas com as técnicas ao invés do estabelecimento de um relacionamento interpessoal efetivo.

Neste contexto, a enfermeira que atua no centro cirúrgico, desenvolvendo atividades administrativas e assistenciais, pode e deve ter uma participação concreta no sentido de promover meios para o desenvolvimento de um relacionamento interpessoal satisfatório, com e entre as pessoas que compõem as equipes cirúrgicas.

Com essa compreensão, IVO & RODRIGUES (1999) comentam que a enfermeira pode direcionar o seu desempenho, através da valorização do contato pessoal, acreditando na importância de sua intervenção para a efetivação de um bom relacionamento interpessoal em seu ambiente de trabalho, considerando que a única equipe a permanecer no centro cirúrgico em horário integral é a equipe de enfermagem, uma vez que os outros profissionais chegam e saem logo após o cumprimento das suas atividades. Portanto, a enfermeira do centro cirúrgico poderá, utilizar seus

conhecimentos e a capacidade de liderança para estimular e orientar a equipe para uma convivência mais prazerosa no trabalho.

Sobre isso, TRAVELBEE (1979) afirma que a enfermeira cria ambiente propício às relações recíprocas, através do qual cada um dos participantes pode aprender e desenvolver habilidades para conviver melhor com as outras pessoas.

Ainda para CORRÊA (1989), a enfermeira deve ter iniciativa de procurar oportunidades de relacionamento com a equipe, sendo esta iniciativa compreendida como a capacidade de motivar-se e motivar os membros da equipe, refletindo sobre o seu próprio papel no centro cirúrgico. Essa reflexão, permitirá às pessoas aceitarem e entenderem a importância que tem cada membro da equipe.

Esta mesma autora destaca que, o centro cirúrgico é considerado como uma unidade de prioridade do hospital, pelo alto grau de risco que o paciente é submetido, requerendo das pessoas que ali trabalham habilidade técnica, dinamismo, conhecimento científico, treinamento contínuo, capacidade de julgamento, tomada de decisão e um relacionamento interpessoal satisfatório. Salienta, também, que as pessoas devem ser tratadas como pessoas para que possam realizar uma assistência humanizada, reconhecendo que se a equipe não se percebe humanizada, não poderá realizar um bom trabalho.

1.5 COMUNICAÇÃO NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

• CONSIDERAÇÕES GERAIS

A comunicação é considerada um processo essencial para o estabelecimento das relações humanas, ela materializa-se através da linguagem e corporifica-se nas relações entre os indivíduos sociais, que trazem para essa relação a bagagem da suas experiências objetivas e subjetivas, do ambiente sócio cultural em que vivem e da visão particularizada de homem e de mundo (TAVARES, 1997).

Para TREVIZAN et al (1998), a comunicação é definida como um processo que transmite e estende a informação, sendo usada como modo de desenvolver o entendimento entre as pessoas, o que acontece por meio de um intercâmbio de fatos, opiniões, idéias e emoções.

Sendo assim, a comunicação é uma atividade onde se transmite uma mensagem e esta por sua vez, deverá ser recebida e decodificada, a fim de informar, convencer e/ou provocar mudanças de comportamento.

PENTEADO (1997) considera que a comunicação significa “colocar em comum”, através da compreensão, as idéias, e tem como objetivo o entendimento entre os homens, sendo a linguagem o veículo comum, que pertence tanto ao receptor quanto ao transmissor da mensagem.

Nesse sentido, a relação humana é fundamentalmente expressiva, pois a linguagem, dialogo e troca de significados, são próprios da comunicação, envolvendo os sentimentos vividos entre as pessoas. Ainda,

nesse mesma linha de pensamento, SILVA (1996) considera a comunicação o meio adequado para diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para solucionar problemas.

Com esse entendimento, para que a comunicação seja efetivada é necessário que ela se processe de forma bidirecional. Isto é, a mensagem recebida precisa ser validada e entendida, passando a gerar uma resposta também válida. Logo, as pessoas para se comunicarem precisam falar uma mesma linguagem.

Dessa maneira, a comunicação só é efetiva quando o seu resultado é uma mensagem decodificada adequadamente, pois ela envolve pessoas e essas, por sua vez, devem participar ativamente do processo, onde cada uma deve compreender e ser compreendida (TRAVELBEE, 1979).

O processo de comunicação é central e prioritário diante dos avanços tecnológicos em que vivemos. No sistema de saúde é fundamental decodificar e apreender o significado da mensagem, o que é válido para todos e, principalmente, para a enfermeira que desenvolve suas atividades em centro cirúrgico, vez que a falta ou a deficiência na comunicação leva ao surgimento de problemas entre as pessoas, refletindo no relacionamento interpessoal e na assistência prestada nessa unidade (MENDES et al, 1991).

SILVA (1996), comentando sobre o agir comunicativo das pessoas em situação interacional, assegura que ele tem valor de mensagem, utilizando três suportes: o corpo, o físico e o fisiológico. Além desses, há outros aspectos a ser considerados: o contexto e a disposição espacial das pessoas, porque a mensagem sofre inovações ao longo da história, das culturas e do momento. A comunicação humana é, portanto, a própria prática

cotidiana das relações sociais. É estar no mundo com os outros, é comunicar-se bem; é saber expressar-se e arriscar-se às diversas situações da vida e do trabalho.

Nesse sentido, o ser humano é considerado um ser em constante mudança, e a comunicação a maior fonte de transmissão de idéias, as quais vão ajudar a construção de um homem autônomo, equilibrado, democrático e, sobretudo, cooperador, onde possa conviver bem com os outros e ser feliz no trabalho, em sua casa e em sua vida.

STEFANELLI (1993) comenta que a comunicação para as atividades de enfermagem é um denominador comum das suas ações, interferindo na qualidade da assistência prestada. Parece, ainda, que a enfermeira não se conscientizou da importância da comunicação, mesmo com a divulgação e a preocupação demonstrada por alguns estudos desenvolvidos nesta área.

Segundo o pensamento dessa mesma autora, a comunicação é um processo que envolve compreender e compartilhar mensagens enviadas ou recebidas, representando um intercâmbio, que por sua vez vai exercer influência no comportamento das pessoas seja a curto, médio ou longo prazo, bem como favorecer mudanças no ambiente onde as pessoas vivem e se comunicam.

BERLO (1999) revela que toda comunicação humana tem uma fonte, uma pessoa ou grupo de pessoas, um objetivo e uma razão para se procurar a comunicação. Assim, existe uma mensagem a ser decodificada e essa vem recheada de idéias, que só poderá ser entendida quando os canais utilizados conseguem efetivar a mensagem.

Nesse processo, destaca-se as denominadas barreiras da comunicação, que são as interferências ocorridas quando da codificação ou decodificação de uma mensagem.

DAVIS & NEWSTROM (1996) relaciona as seguintes barreiras:

Barreiras Pessoais- surgem das emoções das pessoas, dos valores, hábitos de escuta, e encontra-se presente em todas as situações, porque as emoções são próprias do homem e podem filtrar as informações, levando a pessoa a ouvir o que para ele, naquele momento, é o mais importante.

Barreiras Físicas- correspondem ao ambiente onde ocorre a comunicação e estão relacionadas com o barulho e a distâncias entre as pessoas.

Barreiras Semânticas- representadas pela ciência do significado dos símbolos; estão presentes na comunicação, e podem ser: palavras, ações, pronuncia, entre outras. O receptor precisa da retroalimentação para poder decodificar e interpretar o significado real da mensagem.

Assim, considerando a comunicação no processo de relacionamento interpessoal, temos um complexo de interação em nível individual e social que possibilita viabilizar e expressar as trocas simbólicas e o sistema de significação de veiculação ideológica dentro do universo cultural, dos indivíduos, expressando a importância da relação entre grupos, classes e instituições, com a finalidade de dinamizar e dar significado a vida e ao trabalho.

1.5.1 COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO TRABALHO

É sabido que o ser humano sofre influências do sistema sociocultural, visto que ele é formado por pessoas e essas têm funções, crenças e valores próprios. Assim, a comunicação sofre diversas interferências individuais, principalmente quando se trata da relação efetivada entre os membros de uma equipe de trabalho, na qual existem papéis hierarquicamente determinados, diferentes e, esses, muitas vezes, são direcionados pelo nível de formação e especialização de cada componente.

Desse modo, as pessoas interagem com o meio em que trabalham e convivem através da comunicação, que pode ser escrita, falada ou transmitida apenas por gestos e símbolos, forma que é muito comum no processo de trabalho de uma equipe cirúrgica.

A comunicação tem por finalidade entender o mundo e a relação entre as pessoas, transformando a realidade, o que a torna um ato criativo, para um viver melhor e mais harmonioso entre os homens. Por ser um canal através do qual as pessoas se relacionam umas com as outras, a comunicação é, na realidade, a vida das organizações, pois estas são constituídas essencialmente por pessoas.

Para WEIL (1997), nas organizações, é o organograma que demonstra a hierarquia, os cargos e as chefias, colocando distância entre um grande número de pessoas. Isso dificulta a comunicação, uma vez que elas recebem pouca informação, devido a distância em que se encontram na

escala hierárquica, tendo como resultado pessoas que ficam com a moral baixa e pouco dispostas a produzir.

A eficácia da comunicação nas organizações possibilita às pessoas desenvolverem melhor e com satisfação as suas atividades, tornando o ambiente de trabalho mais prazeroso e as pessoas que nele trabalham mais felizes.

Nesse sentido, LUNARDI FILHO (1995) comenta que o trabalho representa para as pessoas um elemento fundamental para construção da vida material e psíquica, sendo o meio pelo qual as pessoas se relacionam e buscam atender suas necessidades. Esse relacionamento no trabalho interfere e repercute no ambiente social e doméstico, o que vem a determinar a qualidade de suas relações.

Sendo assim, o intercâmbio entre a organização e o homem que nela trabalha é muito importante, pois a relação homem X ambiente de trabalho tem como efeito e influência a transformação e a evolução da sociedade.

TREVIZAN et al (1998), comentando sobre a evolução da sociedade industrial para a sociedade de conhecimento afirmam que, as organizações passaram por uma forte reestruturação e, para isso, foi necessário flexibilizar a comunicação e facilitar o fluxo das informações entre os trabalhadores, exigindo a presença de um líder, considerado como força essencial nesse processo.

1.5.2 COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO CENTRO CIRÚRGICO

No ambiente do centro cirúrgico, a comunicação é fundamental não só para o desenvolvimento das atividades, mas porque nele trabalham pessoas com pessoas cuidando de pessoas. Logo, a maneira como se comunicam interfere diretamente no relacionamento interpessoal, e poderá interferir na qualidade da assistência prestada, visto que o relacionamento e a comunicação entre as pessoas são a base do assistir.

Sullivan, apud STEFANELLI (1993), considera que somos resultado da interação social decorrente das experiências com as outras pessoas. Portanto, as experiências interpessoais satisfatórias permite-nos experimentar sentimentos de aprovação e prestígio.

Assim, comunicar é compartilhar mensagens, compreender o que é dito e não dito, sendo que o intercâmbio de mensagens entre as pessoas, e as próprias mensagens, podem provocar mudanças efetivas no modo de ser e pensar dos indivíduos.

CIANCIARULLO (1996), também, afirma que a comunicação é tida como um processo que busca a qualidade dos relacionamentos estabelecidos nas relações de trabalho do enfermeiro, seja com a equipe de saúde, seja com a sua própria equipe, o que pode repercutir na assistência prestada ao paciente, família e comunidade.

Nesse processo de comunicar-se com grupos ou equipes de trabalho, o líder pode influenciar os liderados, utilizando-o como uma ferramenta essencial. Para tanto, é necessário que o líder possua habilidade para comunicar-se, efetivamente, com sua equipe de trabalho.

Dessa maneira, o líder deve descobrir, através de cálculos ou julgamento, quando existe na equipe aqueles que necessitam de ajuda ou espera reconhecimento, para melhorar o seu desempenho, proporcionando a todos trabalhar com prazer e orgulho.

Assim, no atual pensamento da moderna administração, o líder deve ser aquela pessoa que tem um papel fundamental no trabalho a ser desenvolvido por equipes e, sendo ele componente dessa mesma equipe, alavanca o processo de trabalho, promove a transmissão de informações, e estimula mudanças.

Segundo TREVIZAN et al (1998), a liderança da enfermeira depende do conhecimento das necessidades dos pacientes, do conhecimento de habilidades individuais de sua equipe de trabalho e, este conhecimento, permitirá atingir os objetivos traçados pela equipe e pela organização. Assim sendo, a comunicação está presente no núcleo da liderança, uma vez que compete ao líder o desenvolvimento de uma relação interpessoal, que possa influenciar seus liderados no sentido de promover as mudanças necessárias e efetivas no trabalho, o que só é possível através desse processo.

Deve ser ressaltado, também, que o método de trabalho em equipe costuma levar seus componentes a usar todo o seu potencial de conhecimento e, ao mesmo tempo, fornecer oportunidade de conhecimento individual, levando as pessoas a terem satisfação com o trabalho. Para

DAVIS & NEWSTROM (1996), o trabalho humanizado é aquele cujo objetivo é o de servir tanto às aspirações mais altas dos trabalhadores, quanto atender às suas necessidades mais básicas, procurando aproveitar as habilidade dos trabalhadores, encorajando-os a desenvolverem suas reais capacidades de relacionarem-se com as outras pessoas.

Neste sentido, a comunicação, presente nas relações interpessoais das organizações, é utilizada como instrumento de trabalho, de forma sistematizada e em todos os setores do hospital através da supervisão e da liderança, que procuram influenciar as ações de outras pessoas, visando alcançar os objetivos propostos pela própria organização.

CAPITULO II

2- PERCURSO TEORICO-METODOLOGICO

2.1 TIPO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo, com base na abordagem qualitativa. Segundo MARTINS & BICUDO (1988), esta abordagem tem seu foco de atenção centralizado no peculiar do indivíduo e, conforme asseguram LÜDKE & ANDRÉ (1986), o estudo qualitativo pode possibilitar um contato pessoal e estreito do pesquisador com o seu objeto, permitindo-lhe uma observação direta do fenômeno.

2.2 OS SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa compreenderam todos os componentes de uma equipe de cirurgia geral, que atuavam na Unidade de Centro Cirúrgico de um hospital público estadual da cidade do Recife.

Essa equipe foi composta por um médico, coordenador da equipe; um médico residente, que era primeiro auxiliar na equipe; uma enfermeira do plantão; uma enfermeira supervisora do centro cirúrgico; três auxiliares de enfermagem, sendo duas delas circulantes de sala, uma auxiliar de anestesia, um estudante de medicina, que funcionava como instrumentador

da equipe, e uma anestesista. Com exceção do estudante de medicina e do residente, todos os demais funcionários eram efetivos e foram admitidos através de concurso público. Optei, ainda, por entrevistar a enfermeira supervisora do centro cirúrgico, por entender que ela também faz parte da equipe, ainda que numa função administrativa.

Desse modo, estiveram envolvidas no estudo nove pessoas em sua totalidade, as quais consentiram participar da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato e a reprodução fiel das suas informações, assim como as demais prerrogativas éticas exigidas por lei, tendo sido aprovado pela Comissão Científica e de Ética do hospital, campo desta investigação.

2.3 O CAMPO

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade de Centro Cirúrgico de um Hospital Geral, público da cidade de Recife-PE, no primeiro semestre do ano de 1999. Esse hospital está vinculado à Secretária Estadual de Saúde, conveniado com o Sistema Único de Saúde -SUS, e classificado pelo Ministério da Saúde como hospital de grande porte, por ter uma capacidade para 495 leitos. Situa-se no bairro do Derby, no centro da cidade de Recife, em uma das avenidas mais movimentadas, pois liga o bairro da zona sul-Boa Viagem, ao centro Histórico do município de Olinda, na zona Norte.

O hospital foi construído no início da década de 70, tendo sua estrutura física em forma de monobloco, com nove andares, assim distribuídos:

A) Térreo: nele encontram-se os serviços de manutenção, lavanderia, laboratórios de análises clínicas e de patologia; serviço social, serviço de nutrição, necrotério, garagem e o ambulatório que funciona em prédio anexo.

B) Andares: todos os andares são compostos por duas alas denominadas de norte e sul.

- b.1)- no primeiro andar, ala norte, está a emergência pediátrica e, na ala sul, a emergência de adultos, unidade de trauma e os serviços de radiologia, endoscopia e ultra-sonografia;

- b.2) no segundo andar, ala norte, encontra-se o serviço de arquivo, recursos humanos e farmácia. Na ala sul, encontra-se a unidade de terapia intensiva, unidade de queimados e o almoxarifado;

- b.3) o centro cirúrgico situa-se no terceiro andar, abrangendo toda a ala norte, e metade da ala sul. É composto por dez salas de cirurgia, estando uma delas interditada. A distribuição das salas é feita da seguinte maneira: salas 01, 02 e 03 para as cirurgias de urgência; salas 04 e 05, cirurgia geral; sala 06, traumato ortopedia; sala 07 cirurgias vasculares; sala 08 cirurgias pediátricas e sala 09 neurocirurgias. Na ala sul, está a recuperação pós-anestésica e a central de material e esterilização, a qual tem comunicação direta com o centro cirúrgico;

- b.4) no quarto andar, ala norte e sul está a clínica pediátrica e a UTI pediátrica;

- b.5) no quinto andar situam-se as clínicas neurológica e neurocirúrgica;
- b.6) no sexto andar localiza-se a clínica de traumatologia-ortopedia;
- b.7) no sétimo andar encontra-se, na ala sul, a clínica vascular e na ala norte a clínica médica;
- b.8) no oitavo andar ala norte e sul a clínica cirúrgica;
- b.9) no nono andar encontra-se a diretoria, centro de estudos, divisão de enfermagem, divisão médica, e os alojamentos para residência médica e de enfermagem.

Esse hospital atende a toda demanda espontânea da cidade do Recife, do Estado de Pernambuco e de outros estados do nordeste. É referência nas seguintes especialidades: neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cirurgia geral e emergência de grande porte, atendendo aos pacientes vítimas dos mais diversos traumas. O volume de cirurgias é intenso, tanto para as eletivas quanto para as emergenciais, principalmente a cirurgia geral.

Serve, ainda, de campo de ensino prático das Universidades do Estado para os cursos de enfermagem, medicina, odontologia, além dos programas de residências em enfermagem e medicina.

O acesso ao campo deu-se após a devida avaliação e aprovação do projeto de pesquisa pela Coordenação do Centro de Estudos e Comissão de Ética do Hospital, quando dei início a primeira fase da investigação, através de visitas ao centro cirúrgico, para uma aproximação direta com os sujeitos do estudo.

2.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através da entrevista, conforme roteiro apresentado no anexo A. Foi, também, utilizada a observação participante, buscando acompanhar a equipe em seu processo de trabalho, cujas situações de interesse para a pesquisa, foram devidamente registradas em diário de campo. A este respeito, GIL (1994) comenta que o pesquisador “sabe” os aspectos da comunidade ou do grupo que está estudando, que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos em sua pesquisa.

A observação foi realizada nos meses de março, abril e maio durante três dias da semana: terças, quartas e quintas-feiras no período da manhã das 08:00 as 12:00 horas, e à tarde das 13:30 às 17:00 horas, perfazendo um total de 108 horas, acompanhando o mapa cirúrgico daquele serviço.

Para TRIVIÑOS (1994), as anotações de campo compreendem descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo. Sendo assim, as anotações de campo deverão conter as informações e reflexões, acompanhadas das expressões verbais e das ações dos sujeitos, conforme realizei neste estudo.

RODRIGUES (1993) refere que a observação e a descrição dos fenômenos com planejamento reproduzíveis é ideal para o estudo das relações interpessoais, pois representa um caminho para o pesquisador saber mais sobre o comportamento humano.

Ainda TRAVELBEE (1979), assegura que a observação é uma recapitulação de informações empíricas, onde se inclui o conteúdo, a escuta consciente e centrada no acontecimento, traduzindo-se na concentrada atenção do pesquisador sendo, portanto, um método ativo com sentido e propósitos definidos.

Portanto, a observação destaca algo específico de um conjunto, sendo delimitada com um único propósito. Entretanto, o principal inconveniente da observação reside na presença do pesquisador, que pode provocar alterações no comportamento dos observados, destituindo-o de espontaneidade.

Quanto às entrevistas, essas foram realizadas nos meses de junho, julho e agosto, também no horário da manhã, com hora marcada e de acordo com a preferência de cada sujeito. Todas foram gravadas e ocorreram no local de trabalho, tendo uma duração média de vinte minutos.

GIL (1994) comenta que a entrevista é uma técnica utilizada para a coleta de dados, onde o investigador formula a pergunta e o investigado responde. Representa uma forma de interação social, sendo vista também como um diálogo simétrico e adequado para obter informação acerca daquilo que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam. Neste estudo, a entrevista foi estruturada, contendo perguntas direcionadas para a apreensão do objeto de estudo. (Anexo A)

2.5 ANÁLISE

A análise dos dados teve como base os pressupostos da Teoria da Relação Pessoa a Pessoa desenvolvida por Joyce Travelbee (1979), por entender que eles serviam aos objetivos do estudo, os quais estão direcionados para o entendimento das relações interpessoais materializadas no convívio de pessoas em um centro cirúrgico, onde a preocupação com as tarefas revelou-se maior do que a relação pessoa a pessoa. Utilizando-se da combinação de teorias existenciais, Travelbee focalizou a importância do homem, na busca um significado para sua existência.

2.5.1- PRESSUPOSTOS E CONCEITOS DA TEORIA DA RELAÇÃO PESSOA A PESSOA DE JOYCE TRAVELBEE

A teoria da relação pessoa a pessoa foi publicada pela primeira vez em 1969. No entanto, os seus conceitos e definições continuam atuais até hoje.

Joyce Travelbee, sua autora, nasceu em 1926 e começou sua carreira como enfermeira ao terminar seus estudos básicos de enfermagem em 1946 no Charity Hospital School of Nursing de New Orleans. Dez anos após (1956) obteve o título de Bacharel em Ciências da Enfermagem pela Universidade Estatal de Louisiana. Em 1959, concluiu o mestrado na Universidade de Yale, e em 1973 matriculou-se em um programa de

doutorado na Universidade da Flórida, vindo a falecer pouco depois, nesse mesmo ano.

Travelbee fez sua primeira publicação de artigos em periódicos de enfermagem em 1963, sendo seu primeiro livro publicado em 1966 e o segundo em 1969, tendo ainda duas edições em espanhol, publicadas com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde- OPS, nos anos de 1979 e 1982, respectivamente

Para elaborar esta teoria, Travelbee foi influenciada pelos estudos de Hildegard Peplau, que na década de 50 publicou importante obra sobre as relações interpessoais enfermeiro x paciente na área de saúde mental e psiquiatria, além de Ida Jean Orlando, sua instrutora na pós-graduação da Universidade de Yale. Orlando, via a enfermeira como a pessoa que tem a responsabilidade de ajudar o paciente a evitar e aliviar a angústia, afirmando que tanto a enfermeira como o paciente são pessoas que vivem em interação.

Travelbee usou a sua própria experiência para desenvolver a teoria, pois desde o início da vida profissional considerava que os cuidados de enfermagem, elaborados para aqueles pacientes que precisavam de uma melhor compreensão, necessitava de uma "revolução" humanística com o regresso da enfermeira à função de cuidadora de pacientes, com o propósito de ajudar o indivíduo, família e comunidade a enfrentar a experiência da doença e do sofrimento.

Com relação ao ser humano, Travelbee o define como indivíduo único, um ser unitemporal neste mundo, distinto de qualquer outra pessoa. A denominação paciente é considerada por ela como um termo estereotipado,

útil para a economia e a comunicação, pois, na realidade, o paciente não existe, o que existe são seres humanos necessitados de cuidado, serviços e assistência de outros seres humanos.

Para a autora, a enfermeira é também um ser humano, que possui um corpo de conhecimento especializado, tendo a capacidade de utiliza-lo com a finalidade de ajudar outros seres humanos a evitar doenças, recuperar a saúde e que possam, mesmo na enfermidade, encontrar sentido para a sua vida.

O sofrimento é visto como uma sensação de moléstia, que invade e incomoda o indivíduo no plano físico, mental e espiritual.

Neste sentido, considera, ainda, que a interação é um termo que se refere a todo o contato durante o cuidar e este sofre a influência da comunicação, a qual é um processo que permite à enfermeira estabelecer uma relação pessoa a pessoa e, através dela, cumprir o propósito da enfermagem.

Para ela, a relação interpessoal em qualquer situação constitui-se uma meta a ser alcançada e envolve as experiências dos participantes que, dinamicamente, desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações

São, também, destacados os seguintes pressupostos: uma relação interpessoal só se estabelece quando cada pessoa envolvida percebe o outro como ser humano único; a atenção, o ouvir e a compreensão, são requisitos indispensáveis na relação pessoa a pessoa; toda relação tem uma meta e um propósito definido; a habilidade para comunicar-se, a

consideração dos meios, da mensagem, dos ruídos e dos demais elementos do processo comunicativo são também considerados.

Desse modo, o ser humano torna-se conhecido pelo que transmite a cerca de si mesmo e dos outros. Através do que ele comunica e de como se relaciona, pode ser odiado, respeitado, amado, ou considerado um mero objeto de indiferença, entre outros.

R 1299719/2000

CAPITULO III

3- OS RESULTADOS: apresentação, análise e discussão

Neste capítulo são apresentados, discutidos e analisados os resultados das relações interpessoais verificada entre os membros da equipe cirúrgica, destacando os aspectos do relacionamento que convergiram para os objetivos da pesquisa. Esses dados foram analisados à luz da Teoria da Relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee.

Inicialmente apresento os resultados mais relevantes, advindos da observação participante, procurando reproduzir conforme refere GOLDENBERG (1997), o mais fielmente possível, esses dados de modo a evitar os viéses a que está sujeito o pesquisador na abordagem qualitativa. A seguir, são apresentados e analisados os resultados extraídos das entrevistas, de cujas falas dos sujeitos foram construídas cinco categorias:

- **Categoria 1**-O relacionamento interpessoal entre a equipe cirúrgica associado às questões técnicas e de rotina do trabalho;
- **Categoria 2**-O relacionamento interpessoal associado à manutenção dos papéis e do respeito à hierarquia;
- **Categoria 3**-O Relacionamento interpessoal associado às condições de trabalho e ao estresse;

- **Categoria 4**-O relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica dicotomizado: O relacionamento pessoal e o relacionamento profissional;
- **Categoria 5**-O relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica interferido na assistência prestada ao paciente.

3.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO

Em uma primeira fase, a observação compreendeu um período de quinze dias no centro cirúrgico, a fim de estabelecer uma maior aproximação com o ambiente e possibilitar que as pessoas, também, pudessem se acostumar com a presença da pesquisadora, antes de entrar nas salas onde se encontrava a equipe cirúrgica, foco deste estudo.

Dessa maneira, nos dias subsequentes à observação, como eram plantões diferentes, a opção foi a de (re) conhecer a todos. Antes de entrar no bloco cirúrgico, justifiquei a minha estada no setor junto à supervisora e a enfermeira de plantão, explicando-lhes sobre a pesquisa, o porquê e quais as informações que estavam sendo procuradas.

Na primeira observação propriamente dita, foi possível ver a movimentação da enfermeira pelo corredor interno e salas de operação, fazendo solicitação de materiais a uma funcionária responsável pelo serviço de anestesia. Foi observada, também, a sua preocupação em circular em todas as salas, procurando atender aos pedidos dos cirurgiões.

Ainda nesse momento, conversando com funcionários do arsenal cirúrgico (local que serve para guardar equipamentos e materiais), uma circulante falava da sua insatisfação em trabalhar nessa sala, devido à falta de comunicação entre a supervisora e os funcionários; queixava-se da não existência de reuniões e de que as solicitações dos funcionários não eram atendidas, nem eram aceitas as justificativas dos atrasos, gerando faltas:

- *"...as necessidades da gente não são levadas em consideração, mesmo quando o funcionário solicita".*

Falou, também, da existência de um "movimento" onde todos os funcionários pediram transferência para outro setor e, quando informada sobre a pesquisa, tornou-se assustada. Porém, diante da justificativa do uso da sua fala para o estudo, dando-lhe garantia de sigilo e anonimato, a deixou mais sossegada e espontânea.

Durante a observação da equipe de cirurgia geral, foi avaliado que, desde o primeiro dia, ela foi produtiva e gratificante, pois estabeleceu-se uma relação empática entre o cirurgião chefe e toda a equipe, o que facilitou o desenvolvimento da pesquisa.

Nesse primeiro momento, em sala, o cirurgião dirigia-se ao residente, reclamando de sua postura "errada" que, segundo ele, era por falta de estudo dizendo: *"você não leu nada sobre reconstituição do trânsito intestinal"*.

A anestesista queixou-se do horário: *"...não tenho tempo para resolver meus problemas pois a cirurgia ultrapassou o horário previsto"... "À tarde estou escalada em outro serviço, não sobra tempo para mim, se o horário ultrapassar é melhor suspender a cirurgia"*.

Em um dos dias da observação no bloco cirúrgico, ao entrar na unidade e cumprimentar as auxiliares do plantão foi observado um grupo que comentava sobre uma reunião que havia sido realizada com a chefia do centro cirúrgico, divisão de enfermagem e o diretor do hospital para tratarem de questões administrativas e outras referentes às dificuldades que estavam existindo no relacionamento entre a equipe de enfermagem, demonstrando claramente a presença de conflitos no grupo.

Nesse mesmo dia, ao entrar na sala de cirurgia, a equipe já encontrava-se paramentada e iniciando o processo anestésico. O cirurgião questionava o residente e o estudante de medicina sobre o uso das técnicas corretas no ato cirúrgico; ao mesmo tempo, “cobrava” que eles não estudavam, perguntando, em um determinado momento, se sabiam o que era uma gastrectomia e qual o seu procedimento.

Naquele momento, o cirurgião mostrava-se nervoso, reclamava das condições do paciente que estava desidratado, em virtude de um jejum prolongado, e que não fora hidratado corretamente; explicando que em cirurgia de grande porte a hidratação é fundamental.

Durante as três horas do procedimento, o paciente não apresentou diurese e o cirurgião voltou a falar com o estudante de medicina, alegando que ele não estudou e por isso não sabia instrumentar, resolvendo dar-lhe uma aula de técnicas cirúrgicas.

A questão do saber emerge constantemente na relação da equipe, em especial na relação do cirurgião com os estudantes. Isso, denota o “status”, o poder e a exigência do respeito à hierarquia.

Nesse sentido, MINTZBERG (1995) coloca que em uma organização descentralizada horizontalmente, as relações dependem do conhecimento especializado e assim o indivíduo coloca o seu poder no conhecimento, valendo-se dele para ampliar, cada vez mais, esse mesmo poder. Tal comportamento, tende a dificultar o relacionamento interpessoal porque o foco não está colocado na pessoa em relação.

Também o anestesista queixou-se de que o paciente não fora acompanhado adequadamente, levando-o à desidratação e ao estresse da equipe, evidenciando a falta de orientação do residente.

Foi mencionado que entre os cuidados ao paciente, também, não foram realizados: sondagem vesical de demora para controle da diurese, nem lavagem gástrica, uma vez que foi constatada a presença de resíduos alimentares no seu estômago, aumentando, ainda mais, o estresse da equipe. Isso, demonstrou que a falta de comunicação entre a equipe pode, inclusive, colocar em risco a vida do paciente.

O período de observação transcorreu, de modo geral, com o registro de comportamentos assemelhados entre os membros da equipe. Nele o cirurgião reclamava do material de corte, dos estudantes e do residente. A anestesista e as circulantes sempre reclamavam do volume e do horário prolongado das cirurgias.

Acrescento que, nesse período, tive oportunidade de conversar com uma ex-enfermeira do setor sobre a situação conflituosa que a enfermagem estava vivenciando. Consciente da situação, considerou como um dos possíveis aspectos de conflito a falta de liderança das enfermeiras, levando os auxiliares de enfermagem, também a perderem a referência. Associou os

conflitos, ainda, à situação sócio-econômica dos funcionários, assim como às mudanças políticas.

Diante desse fato, também considero que a reunião marcada pelos funcionários, diretamente com a diretoria geral, sem conhecimento prévio da supervisora, pode ter relação com a liderança e dificuldades na comunicação com a enfermeira, pois os auxiliares demonstraram insegurança diante da falta de "abertura" para apresentar suas queixas.

Nesse sentido, o sistema de plantão fixo nessa unidade parece, também, ser um elemento que dificulta o relacionamento entre a equipe de enfermagem, porque cada plantão é comandado por uma enfermeira diferente, dificultando um maior envolvimento desse profissional com a equipe e com o serviço.

Ressalto que a observação realizada caracterizou-se, efetivamente, como participante, pois era-me impossível não sê-la: primeiro por ser solicitada pela equipe (circulante, anestesista ou cirurgião), pois todos me conheciam e sabiam da minha atuação com alunos da graduação, participando ativamente da dinâmica do setor. Segundo, por minha inquietação, pois enquanto enfermeira me preocupava com as atividades desenvolvidas e com orientação ao paciente. Isso emergiu positivamente, pois facilitou meu entrosamento na equipe, o convívio e a espontaneidade dos sujeitos envolvidos no estudo.

3.2 ANALISANDO AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DA EQUIPE CIRÚRGICA

Após a transcrição e leitura sistemática e exaustiva dos textos provenientes das entrevistas, foram elaboradas as categorias que se seguem e que procuram responder aos objetivos do estudo.

Categoria 1

O relacionamento interpessoal entre a equipe cirúrgica associado às questões técnicas e de rotina do trabalho.

Nessa categoria, observa-se o relacionamento interpessoal distanciado da relação pessoa à pessoa, direcionando-se para as questões técnicas e para as rotinas do trabalho. As falas abaixo exemplificam tal afirmação:

“...eu trabalho com respeito, tento fazer as coisas certas, justas, e sempre pelas normas e rotinas; sou calma e falo somente em assunto de trabalho”.

“Problemas relacionados à base e estrutura do centro cirúrgico que dificultam o meu trabalho; falta de materiais porque o cirurgião grita por

materiais; falta aspirador; não discuto com ele porque sei conversar; chamei o técnico para fazer consertos...”

“...atraso da equipe, pedido de materiais na hora, centro cirúrgico fica longe da central de material esterilizado, pedido de última hora, tenho de sair correndo isso gera estresse e o médico fica gritando no corredor, sem necessidade”.

“...em vez de dar ordens, procurar conversar, orientar, por exemplo a placa do bisturi elétrico que é o que mais acontece no bloco cirúrgico o paciente sofre queimaduras elétricas que é uma coisa muito grave, e o cirurgião não pode deixar de se responsabilizar, sendo que este problema está ligado à enfermagem, à circulante da sala...”

“...em relação ao trabalho falta materiais para se trabalhar, os aparelhos às vezes não funcionam, uns funcionam outros não. Entre as colegas eu acho que é só cooperação do grupo; irresponsabilidade, do pessoal que falta muito ao plantão, dificulta quem vem trabalhar, sobrecarrega quem está trabalhando ...”

“...eu acho que se cada um cumprisse o seu papel, a sua função seria bem melhor do que é hoje. Seria ótimo o relacionamento se quando eu descesse com o meu doente a sala tivesse pronta, circulante não saindo da sala. Se o “staff” chegasse na hora, não achasse ruim porque está operando,

cada um conseguisse cumprir os seus horários o seu papel seria bem melhor.”

“...uma das coisas, seria o contrário, o não cumprimento das obrigações. Outra coisa que dificulta o relacionamento da gente aqui no hospital é a falta de recursos; dificulta bastante porque às vezes a gente quer um determinado tipo de sonda, não tem... você fica estressado.”

“Quanto ao clima do relacionamento interpessoal que eu acho que é o que você tem interesse em saber, eu acho muito bom, porém, deveria haver uma interrelação melhor não com a equipe médica, acho que você deveria abranger este questionário para as auxiliares de enfermagem, que as vezes falta circulante e ficam auxiliares de enfermagem para auxiliar quatro salas. Ai dificulta não estar na sala... ai já complica o relacionamento.”

Analisando as manifestações acima, fica claro no discurso dos sujeitos a preocupação com o desenvolvimento das técnicas em detrimento de um relacionamento pessoal positivo.

Nesse sentido, TRAVELBEE (1979) comenta que relacionar-se é uma experiência que se caracteriza por um diálogo entre as pessoas e que a relação de pessoa a pessoa é uma meta a ser alcançada. Essa meta emerge de uma série de interações, sendo decorrentes da experiência, do aprendizado, onde todos os envolvidos devem participar e ter a oportunidade de desenvolver a sua capacidade interpessoal.

Tal capacidade traduz-se por ouvir e entender o outro, de maneira a ser estabelecido um relacionamento afetivo, e isso repercutirá em todo o processo de vida coletiva. Nessa compreensão, FUREGATO (1999) comenta que o saber ouvir é a arma mais poderosa nas relações interpessoais.

A valorização das tarefas por este grupo tem levado ao distanciamento das pessoas, implicando em um clima pesado no ambiente de trabalho, com provável repercussão sobre as ações desenvolvidas com o paciente.

Com essa compreensão, MOSCOVICI (1996) salienta que as relações interpessoais no grupo são tão ou mais importantes do que a qualificação individual para desenvolver tarefas. Logo, se os membros de um grupo se relacionam bem e de maneira harmoniosa, com simpatia e afeto, as possibilidades de colaboração aumentam bastante, levando ao aumento da sinergia, traduzindo-se em benefício tanto para a organização quanto para as pessoas.

Categoria 2

O relacionamento interpessoal associado à manutenção dos papéis e do respeito à hierarquia.

Os sujeitos da pesquisa manifestaram sua preocupação com a manutenção dos papéis e da hierarquia, demonstrando que as relações

interpessoais estavam associadas à posição que cada sujeito ocupava na equipe. Os textos abaixo exemplificam esta categoria:

“...eu acho que se cada um cumprisse o seu papel, a sua função seria bem melhor do que é hoje, seria ótimo o relacionamento...”

“Considero, o relacionamento interpessoal bom... querendo dizer que é bom, independente da existência de algumas equipes que é um pouco estressante; tem equipe que não mede as palavras, dá “esporro” mesmo, nem vê como está falando e com quem está falando, mas eu fico na minha, faço a minha parte e considero uma relação boa. A equipe de cirurgia geral, também é boa”

“O ambiente do centro cirúrgico deve ser respeitoso em atenção, até em reverência ao chefe da equipe, pois ele é responsável por esse ambiente de respeito, pela manutenção do ambiente de sacralidade...”

“Poderiam todos se reunir para diminuir os atritos, os problemas... a chefia não aceita sugestões; o clima é pesado e é para ter paciência. Problemas gerados por atrito dentro do bloco, a exemplo, se o auxiliar e enfermeiro ficarem desconcentrados no trabalho, o médico vai cobrar, porém não tem solução.”

“Aqui no hospital, eu acho que o relacionamento pessoal é bom, porque a gente conhece todo mundo, a gente conhece as auxiliares, as enfermeiras... entre a gente da equipe, todo mundo se conhece. Conhece instrumentadora, todo mundo se conhece”.

“Agora, do ponto de vista profissional, não é um relacionamento tão bom porque eu acho que, eu não tenho experiência em hospital particular, mas aqui no hospital o pessoal não cumpre muito bem o seu dever o seu papel, então dificulta um pouco, por exemplo o pessoal chega atrasado.”

Observa-se nestas falas a grande preocupação dos sujeitos em manter a hierarquia, mesmo sabendo que no trabalho em equipe todos os membros são importantes de igual modo, pois o saber das partes produz um somatório único e, certamente, a soma das partes eleva os resultados.

Analisando os aspectos administrativos envolvidos no processo de trabalho da equipe e enfatizados nas falas, concordo com MOSCOVICI (1998) quando salienta que a liderança da equipe é melhor exercida por pessoas que aceitam e acreditam que precisam das outras para o êxito da sua missão.

Dessa maneira, do início ao fim do horário de trabalho, mesmo com a divisão das tarefas, existe oportunidade para ser mantido o contato entre as pessoas.

No entanto, tal relação, muitas vezes, não se efetiva, porque as pessoas ainda estão estruturadas nos conceitos de uma administração

clássica que prioriza a divisão das tarefas e a hierarquia rígida em lugar de privilegiar os indivíduos.

Embora entendendo que na organização hospitalar a divisão do trabalho é característica e necessária, face aos diversos profissionais que ali atuam e em funções diferentes, não justifica deixar de lado a pessoa do profissional, pois isso é importante para que as relações interpessoais se efetivem.

Destaca-se, em uma dessas falas o descompromisso profissional, quando é mencionado o não cumprimento do dever e o atraso de funcionários, o que acarreta dificuldades no andamento do serviço.

Nesse sentido, estão caracterizados a irresponsabilidade, o desapego ao serviço e a falta de consideração para com outros colegas pois, no sistema de tarefas, quando um falta o outro terá, necessariamente, que substituí-lo, levando-o a uma sobrecarga de trabalho, o que repercutirá na assistência prestada ao cliente.

Assim, deve ser ressaltado que trabalho em equipe, significa que o trabalhador não vai desenvolver esforço sozinho para compensar a falta de esforço dos demais; pelo contrário, o trabalho em equipe é um estímulo para o grupo cooperativo, que se encontra regularmente comprometido em uma ação coordenada, e com apoio mútuo (DAVIS & NEWSTROM, 1996).

Ainda, este mesmo autor, ressalta que os componentes da equipe deverão contribuir para o desenvolvimento de todos.

No tocante aos aspectos administrativos da relação, os sujeitos da pesquisa apresentaram uma forte tendência de comportamento relacionados aos conceitos de Max Weber, autor da teoria burocrática, que preconizou

uma concepção formal sobre a divisão racional do trabalho, a hierarquia de autoridade, além da imposição de regras e disciplinas rígidas. Essa teoria tem caráter impessoal e formal e o seu objetivo maior é a eficiência no trabalho.

Dessa maneira, ressalto a necessidade de que a organização hospitalar em estudo deva avançar em termos da adoção de um modelo administrativo em busca de uma alternativa para a organização que possa responder às suas necessidades psicossociais de interação entre as pessoas que nela trabalham.

Nesse contexto, pela própria característica do nosso produto, onde há pessoas cuidando de pessoas em situação de agravo a saúde, colocando, muitas vezes, em risco a vida humana é impossível trabalhar em um hospital e, principalmente, no centro cirúrgico sem viver o seu dia a dia com emoção e sentimento, mesmo porque o ser humano não é uma máquina e nesta situação sempre recebe e passa emoções.

A respeito desse assunto, FUREGATO (1999) ressalta que é difícil ver o outro, especialmente aqueles que não conhecemos, como pessoa dotada de capacidade interior, que vai além da manifestação visível. Assim, a maioria das nossas relações são estabelecidas com base no aparente e nos papéis que representamos.

No serviço de enfermagem a divisão do trabalho e das tarefas é muito acentuada porque, desde o início da formação da profissão, ela foi estruturada com esta base, que permanece até os nossos dias com a formação das categorias: enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem. Nessa equipe, é a enfermeira quem possui maior capacitação e,

conseqüentemente, poderes para coordenar e chefiar os serviços de enfermagem.

No centro cirúrgico em estudo, tal situação é bem característica, pois a enfermeira tem carga horária menor que os auxiliares de enfermagem, e as tarefas de cada um são claramente definidas. Esses fatores conflitantes contribuem para a estratificação e o esfacelamento das relações do grupo descaracterizando a formação da equipe (TAVARES, 1993).

Nessa mesma linha de pensamento, DEJOURS et al (1994) salienta que a divisão do trabalho, fundamentada na divisão de tarefas, atinge diretamente duas questões na vida do trabalhador, que são o interesse e o tédio no trabalho, enquanto que a hierarquia, baseada na divisão dos homens, afeta as relações entre o pessoal e seu local de trabalho.

Categoria 3

O Relacionamento interpessoal associado às condições de trabalho e ao estresse.

Os sujeitos da pesquisa condicionaram o relacionamento interpessoal às condições do trabalho, dando relevo à falta de materiais e equipamentos no centro cirúrgico. Esta situação pode ser identificada através das seguintes afirmações:

“A equipe sofre com o ambiente e, às vezes, não dá tempo para falar bom dia, ou boa tarde. Você entra no centro cirúrgico para resolver aquele negócio e às vezes encontra um conhecido seu e você não reconhece.”

“Com certeza, porque o ambiente é pesado tem confusão, intriga interfere muito quando você começa a trabalhar com esse estresse, fica chateada.”

“O ambiente do centro cirúrgico é sagrado porque o padre vai celebrar uma missa ele diz em latim entrarei no altar do Senhor para isso lavo minhas mãos tirando meus pecados, para que eu possa ser digno do que eu vou fazer. O cirurgião não é diferente, ele lava as mãos, se descontamina, degermando-as para não infectar o paciente...”

“...falta de materiais dificulta muito o nosso trabalho. As vezes, a gente tem atrito pela falta de materiais, dificulta muito nosso trabalho. Se você tem bons acessórios e materiais acho que não vai ter estresse com a equipe.”

“...o desgaste físico é grande e quando chego em casa tenho fadiga, tenho cansaço...já pedi licença prêmio, sou ferista (substituto de férias) e não posso sair para nada, não posso fazer um curso... o estresse está na falta de materiais, nos equipamentos quebrados e os cirurgiões ficam gritando.”

“Problemas relacionados à base e estrutura do centro cirúrgico que dificultam o meu trabalho; falta materiais porque o cirurgião grita por falta de aspirador. Não costumo discutir com ele porque sei conversar, chamei o técnico e ele não sabia resolver, esta é uma tarefa da enfermeira diarista, como consequência da falta de aspirador, o médico me agrediu no bloco.”

“...atraso da equipe e o pedido de materiais de última hora. O centro cirúrgico fica longe da central de material e esterilização... tenho que sair correndo. Isso gera estresse e o médico fica gritando no corredor.”

“...a gente acaba até sendo grosseiro com as pessoas. Você sabe que geralmente o cirurgião fica nervoso; ele tem esse espírito, meio não sei, meio agitado...falta de material, de condições de trabalho, salas quentes demais, o ar condicionado não funciona, você tá sentindo mal, não basta o estresse que você está, passando o calor e tudo tira o seu humor. Eu acho que as coisas dificultam quando você está de mal humor, chateado e você não consegue se relacionar bem com as outras pessoas ”.

Conforme se pode observar nas falas acima, as condições de trabalho no centro cirúrgico se constituem em aspectos que interferem, efetivamente, no relacionamento interpessoal da equipe.

Sobre isso, BLEGER (1984) chama a atenção para a relação sujeito-meio, considerando que não é uma simples relação linear de causa e efeito, porém ambos são integrantes de uma só estrutura, pois o agente é sempre

totalidade do campo, e os seus efeitos repercutem sobre ele e dentro dele mesmo.

O ambiente é um conjunto de elementos, condições e acontecimentos, incluindo os indivíduos. Esse campo ambiental também corresponde ao contexto da conduta, a qual é um veículo que junto com outra conduta forma uma relação interpessoal, e a relação com as coisas é derivada das relações com as pessoas.

Também CHANLAT (1996) salienta que as condições de trabalho, isto é, as condições físicas, químicas, biológicas inadequadas do ambiente, exercem pressão sobre o homem, conduzindo-o ao estresse e a dificuldades no relacionamento

Quanto ao estresse, CHAVES (1999) chama a atenção para os seus resultados e conseqüências, que poderão ser danosas e produzirem agravos irreversíveis, tanto para a saúde física quanto mental das pessoas. Considera que as relações humanas que estabelecemos no decorrer da vida também podem se traduzir em situações de estresse.

Se as situações de estresse interferem nas relações do homem no trabalho, no centro cirúrgico elas estão fortemente presentes se considerarmos os riscos e as dificuldades de controle da situação do paciente cirúrgico mesmo com os atuais recursos tecnológicos para o tratamento.

Ainda, segundo este mesmo autor, o estresse pode ser resultado de fatores concretos externos ou internos, podendo também acontecer na esfera cognitiva e, nessa situação, ocorrerá a diminuição das capacidades de atenção e de concentração, da memória recente, do poder de organização e

planejamento, da capacidade de resposta aos estímulos e, por fim, diminuição da objetividade e clareza do pensamento.

Dessa maneira, as condições nefastas do trabalho repercutem objetivamente no corpo e subjetivamente no emocional humano, conduzindo as pessoas a não só encontrarem dificuldades de relacionarem-se com os outros, mas com elas próprias.

Nesse sentido, WEIL (1997) comenta que o homem tem se tornado cada vez mais uma peça de engrenagem, autômato e escravo do seu trabalho. O ambiente físico e as suas instalações devem adaptar-se a ele e não ao contrário, conforme, costumeiramente, se vê nas organizações.

Categoria 4

O relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica dicotomizado: o relacionamento pessoal e o relacionamento profissional.

Através das falas dos sujeitos, advindas das entrevistas, ficou patente que o relacionamento pessoa a pessoa não teve nenhum destaque nas relações interpessoais processadas entre os membros da equipe cirúrgica. Entre outros motivos que levaram os sujeitos a não se preocuparem com o outro que está trabalhando ao seu lado, estava a excessiva preocupação com as técnicas e a obediência às rotinas.

Assim, o ser profissional, nessas relações, supera o ser pessoa. As falas desses sujeitos, abaixo transcritas, parecem confirmar essa avaliação:

“...eu trabalho com respeito, tento fazer as coisas certas e justas; sempre pelas normas e rotinas, sou calma e falo somente assuntos de trabalho”.

“...aqui no hospital eu acho que o relacionamento pessoal é bom, porque a gente conhece todo mundo. Agora, do ponto de vista profissional não é um relacionamento tão bom, porque eu acho que o pessoal não cumpre muito bem o seu dever, o seu papel’.

“...acho que sim. Começa pelo respeito humano para dar para você facilitar e ter um bom rendimento no trabalho, a supervisão, a diretoria deveriam ter mais respeito ao ser humano”.

“...é difícil, pois cada profissional é um mundo; se eu fosse mais comunicativa... digo conversadora...”

A partir dessas manifestações, observei que a comunicação entre a equipe estava direcionada para fazer cumprir as tarefas, não existindo outra forma de aproximação, especialmente nas relações entre a chefia e seus subordinados.

Nesse sentido, DEJOURS et al (1994) comenta que a relação homem-trabalho vem sublinhar que a organização do trabalho não é centrada na vontade do outro e, que em alguns momentos as relações com a hierarquia-

chefes e supervisores- tornam-se, para o trabalhador, desagradáveis ou até mesmo insuportáveis.

A forma de vivenciar o trabalho como uma atividade onde cada um faz a sua parte isoladamente, demonstra como os sujeitos, mesmo trabalhando com pessoas, não as respeitam como tal.

Fazendo uma reflexão a partir dessas manifestações destaca-se a linguagem utilizada no centro cirúrgico, porque ela tende a manter distância entre as pessoas, quando não pronuncia o nome do paciente, ou da circulante ou da enfermeira. O uso de nomes "estereotipados" reforça a manutenção do afastamento entre as pessoas, evitando o contato humano.

A individualidade presente nas falas dos sujeitos, em especial daqueles que exercem cargos de chefia, faz com que não se percebam como uma equipe, pois admitem que apenas procuram cumprir suas tarefas, independentemente dos demais membros. Isto nos leva a questionar se de fato estão cumprindo-as, uma vez que só o trabalho de cada um dos membros da equipe leva a conformação do todo.

Com essa compreensão, MOSCOVICI (1998) assegura que o trabalho cooperativo, em equipe, produz integração de esforços e conjuga energia, fazendo com que o conhecimento seja uma soma das partes, tornando o relacionamento interpessoal no trabalho prazeroso.

Travelbee citada por FUREGATO (1999) salienta que o meio usado pelo indivíduo para dominar a solidão é a comunicação, participando de um grupo, que é um caminho para ultrapassar as fronteiras do seu eu, atuando numa forma recíproca com todos. Relacionar-se com outras pessoas é

enriquecer-se pois, nessa troca, nesse ir e vir é onde reside a satisfação e o crescimento pessoal.

Com essa afirmativa e a busca de uma gestão democrática e participativa, as relações interpessoais podem estar fundamentadas na cooperação, o que facilitará as tarefas conjuntas pela interação dos sujeitos.

As relações abertas, onde é permitido ao sujeito dar e receber tornam o clima de trabalho modificado, sem repressões, negação e sem bloqueios comunicativos.

O trabalho não deve ter condições excessivamente negativas nem submeter os trabalhadores a tensões indevidas, tampouco prejudicar ou degradar a sua humanidade. Ele deve sim, construir, ou pelo menos não prejudicar a capacidade do indivíduo de desempenhar seus outros papéis como cidadão, marido, pai...(MOSCOVICI, 1998).

No entanto, não se deve esperar o envolvimento pessoal nas relações de trabalho (isto deve mesmo ser evitado), mas espera-se relações humanas de respeito e de consideração, porque se não conseguirmos agir humanamente o paciente será visto simplesmente um objeto.

Assim, as pessoas, ao trabalharem juntas devem se permitir ser por completo; pessoal e profissional, pois que não se pode separar a pessoa da sua função no trabalho, das suas habilidades, do seu profissionalismo, dos seus sentimentos e de suas emoções.

Categoria 5

O relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica, interferido na assistência prestada ao paciente.

A essência dessa categoria é ressaltada por KRON & GRAY (1994), ao comentar sobre a valorização, pela equipe de saúde, dos problemas e das necessidades do paciente, levando-a ao esquecimento de que os colegas de trabalho também são pessoas e que, semelhantes aos pacientes, têm necessidades, emoções, e essas necessidades não são consideradas nem compreendidas no ambiente de trabalho.

Desse modo, verifica-se que para os prestadores de cuidados não são exigidos, nem oferecidos um tratamento humanizado, sendo queixa comum nos serviços de saúde, assim como no campo utilizado para o desenvolvimento deste estudo, que o tratamento, ou melhor a assistência prestada ao paciente é desumana. Isto porque, da maneira como são conduzidas as relações entre chefes e subordinados, revela uma grande distância e impessoalidade que, de certa forma, são transferidas para as ações do cuidado ao paciente.

Assim, através das falas dos sujeitos, abaixo transcritas, está caracterizada forte preocupação com os prejuízos para a assistência, quando as relações interpessoais não ocorrem satisfatoriamente:

“...tem alguns que tratam mal o paciente, e eu não gosto, pois o paciente é a coisa mais importante entre a equipe, além do que o paciente

não tem culpa de nada. Logo, se a equipe se desentende, o paciente é prejudicado e a assistência não é adequada.”

“...se o relacionamento for ruim o paciente vai se prejudicar; se a auxiliar de enfermagem tiver uma rixa no relacionamento com o cirurgião ela não vai circular com boa vontade e com presteza. Se o anestesista brigar com o cirurgião o clima fica pesado na sala. Na minha opinião tudo tem de se juntar para que ocorra um direcionamento efetivo.”

“...interfere, a equipe quando entrar em sala deveria ter consciência do que vai e porque vai operar, para que o objetivo seja um só, o paciente.”

“...interfere pois a assistência tem de ser é em conjunto.”

“O relacionamento interfere. Se a equipe não estiver entrosada, o resultado da cirurgia pode ser desastroso. Se os que estão prestando assistência, cirurgião, primeiro e segundo assistente e até a instrumentadora quando estiverem no campo não se entenderem, haverá prejuízo para o paciente. Esses prejuízos podem ser representados pela: morte, seqüelas, recidiva e complicações tais como vazamento de anastomose, corpo estranho na cavidade e outras tipos.”

“...se a pessoa não se dá bem com os componentes da equipe vai acabar havendo choque de conduta, um faz de um jeito o outro vem e

desfaz. Ou você não precisa de outra pessoa para ajudar para ter uma determinada decisão? Se você não tem bom relacionamento no final vai acabar atrapalhando e vai se transformar em um malefício para o paciente."

Observamos através dos discursos, que os sujeitos não se relacionam com o prazer de conviverem no mesmo espaço de trabalho. Segundo TRAVELBEE (1979), o prazer da convivência contribuiria para que a equipe fosse integrada e cooperativa, repercutindo sobremaneira nas suas ações.

Uma vez constatado que um relacionamento interpessoal desarmonioso interfere na assistência prestada ao paciente, MOSCOVICI (1998) salienta que em um relacionamento a simpatia e a atração facilitam o trabalho em conjunto; porém, quando há antipatia e repulsa, o trabalho tende a ficar prejudicado, acrescentando que o prejuízo maior fica com os pacientes, que recebem o reflexo direto da desarmonia existente entre aqueles que fazem parte da equipe.

Especialmente na área da saúde, para que o trabalho seja desenvolvido em equipe, não basta apenas ter pessoas com formações diferentes, somando experiências e conhecimentos. É preciso bem mais que uma simples soma das partes. O trabalho em equipe exige respeito, atenção e valorização de cada componente, onde cada um sinta-se humano cuidando de outro ser humano.

Assim, é preciso humanizar o trabalho e formar equipes que tenham interesse em ficar juntas, compartilhando seus conhecimentos. No centro cirúrgico em estudo observamos, nas falas dos sujeitos, uma contradição,

pois afirmam que trabalham em equipe e, no entanto, relatam: *"...se fosse uma equipe de verdade..."*

Destacando o papel da enfermeira no processo de cuidar TRAVELBEE (1979), assegura que ela tem responsabilidade social sobre o paciente, ressaltando a sua posição na equipe, influenciando os demais membros no que diz respeito a prestação de uma assistência holística.

Esta mesma autora afirma que quando a enfermeira é comprometida com a relação pessoa a pessoa, entenderá o poder do vínculo pessoal e agirá como um agente facilitador, interessada em ajudar os outros e a si própria.

Considera, ainda, que a enfermeira pode ser o agente responsável em promover o relacionamento entre os componentes da equipe de trabalho, para que estes possam respeitar o paciente como um ser humano único. O privilégio de uma relação pessoa a pessoa é de todos: paciente, enfermeira, auxiliares enfermagem, e todos os membros da equipe são beneficiados quando ela se estabelece.

Ainda, nessa linha de pensamento, essa mesma autora comenta que a relação pessoa a pessoa é um método ideal para a enfermeira desenvolver as relações interpessoais, sendo que o principal requisito para essa relação é que cada pessoa faça emergir a capacidade de perceber o outro como um ser singular e superar as barreiras do papel e do "status" que ocupa no grupo.

Com essa compreensão, entendo que se a enfermeira utilizasse nos seus relacionamentos com a equipe os pressupostos humanísticos de

Trevelbee, muito poderia contribuir para a efetivação de relações harmônicas e prazerosas no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos e os objetivos propostos neste estudo compreendo, através das interações manifestadas no cotidiano da equipe cirúrgica, que ainda temos muito a refletir, vivenciar e estudar sobre as suas relações interpessoais.

Dessa maneira, com base nas expressões dos sujeitos participantes desta investigação foi possível apreender que, para eles, o relacionamento interpessoal está associado ao desenvolvimento correto das técnicas, das rotinas e das tarefas, demonstrando, claramente, uma visão parcial do grupo e, embora percebam a importância do trabalho em equipe, relevaram apenas a sua atividade individual, a qual, por vezes, soma-se às atividades dos demais componentes da equipe.

Desse modo, o conceito de equipe é consciente, porém não é vivenciado em sua totalidade, uma vez que a soma das partes não é percebida para formar o todo. O trabalho em equipe deve representar uma oportunidade para o homem compartilhar sentimentos e emoções, além da experiência de aprender com o saber do outro.

MOSCOVICI (1997) comenta que a convivência humana é difícil e, ao longo do tempo, tornou-se um desafio para todos os homens. Isto porque envolve muitos fatores, como a confiança, que é criada dentro do espaço de trabalho, a qual depende da maneira como cada uma das pessoas exterioriza seus sentimentos.

Destaca, ainda, a importância que o homem atribui ao ambiente onde trabalha, pois ele sofre modificações e transformações do ambiente; porém ele também poderá modificá-lo através de suas ações, reforçadas pela convivência em grupo, cuja dinâmica exigirá do homem uma constante adaptação.

BLEGER (1984) afirma que os seres humanos comportam-se segundo a estrutura do seu ambiente. Logo, a conduta é consequência deste e dos seus significados, os quais são manifestações oriundas de todo contexto sociocultural.

Ainda nessa linha de pensamento, com relação à conduta, observa-se que as atividades são desenvolvidas no campo de maneira mecânica, independente de estar sendo realizada para pessoas e por pessoas, cujo pensamento, certamente modificaria esse contexto.

Destacou-se entre os membros da equipe uma freqüente preocupação com o respeito à hierarquia e a manutenção dos papéis, interferindo em um relacionamento interpessoal harmonioso, em virtude do estabelecimento de uma relação de poder e da conservação do "status".

Sobre isso, KANAANE (1994), salienta que a relação de dominação tende a ser uma constante no ambiente organizacional, acentuando a distância entre os níveis hierárquicos e favorecendo os detentores do poder.

Nesse contexto, revela-se a distância entre o saber e o fazer e as relações interpessoais presentes no ambiente, parecem traduzidas pela maneira distanciada como as pessoas convivem nessa unidade.

Outro aspecto relevante para o estudo foram as situações de estresse, as quais a equipe está submetida diariamente no trabalho, face as

condições do ambiente e da constante falta de materiais. Verificou-se que isso interferiu nas relações interpessoais, pois as respostas emocionais dos membros da equipe cirúrgica tanto afetam o convívio com os colegas quanto as relações e assistência prestada ao paciente.

DEJOURS (1992) comenta que o estresse, a ansiedade proveniente da falta de condições de trabalho, afeta a saúde mental do trabalhador, deteriorando-a tanto quanto é deteriorada, progressivamente, a função pulmonar do trabalhador de minas de carvão.

Destacou-se, também, um relacionamento interpessoal dicotomizado, onde o pessoal e o profissional estão claramente separados, como se um mesmo indivíduo fossem duas pessoas distintas. Entretanto, deve ser lembrado que em cada profissional há um ser humano que pensa, sente e reage, assim como por trás do doente há uma pessoa que, também, pensa tem sentimentos e reações.

Segundo PAGÈS (1982), os sentimentos sempre são compartilhados a todo o momento e por todos os componentes em situação de trabalho, e a relação inter-humana é sempre afetiva. O sentimento do outro, quer seja consciente ou inconsciente, permanece presente em todos os momentos da interação.

A individualidade das tarefas, a hierarquia, a comunicação deficiente, as condições difíceis de trabalho e a dicotomia profissional-pessoa, presentes no relacionamento interpessoal da equipe cirúrgica, influenciou, efetivamente, a assistência prestada ao cliente no centro cirúrgico, o que ficou patente nas manifestações dos sujeitos do estudo e confirmada através da observação participante.

Nesse sentido, MAILHIOT (1985) assevera que a produtividade e a eficiência de uma equipe está estreitamente relacionada não somente com a competência dos seus membros mas, sobretudo, com a solidariedade e suas relações interpessoais.

Deve ser registrado que, mesmo diante dos reveses encontrados no relacionamento interpessoal da equipe, a convivência entre seus membros se faz quotidianamente de forma espontânea, muito provavelmente pelo fato dessa forma de convívio já ter sido introjetada e naturalizada pelas pessoas.

Entendo que este estudo não está acabado, pelo contrário, ele é o início de uma longa jornada, pois foi dado apenas o primeiro passo para caminhar em direção ao conhecimento mais amplo sobre o tema- *o relacionamento interpessoal entre os membros da equipe em unidade de centro cirúrgico*.

Assim, espero que este estudo possa contribuir para despertar nos sujeitos o desejo de refletir e analisar sobre as questões aqui levantadas, visando posteriores mudanças no comportamento dos membros da equipe que atua no centro cirúrgico, a fim de melhorar as relações interpessoais nessa unidade, favorecendo ao surgimento de melhorias no ambiente de trabalho e na auto-estima das pessoas, refletindo, concretamente, na qualidade da assistência prestada ao paciente nessa unidade.

ABSTRACT

This report is a qualitative study developed in a surgical center in a general and larger Public Hospital at Recife, Pernambuco. The objective is to analyse the relationship developed among the members of the surgical staff and its influence in the work environment and in the assistance. The techniques of organized interview and participative observation were used since March to July 1999. The data possibilited the construction of five categories: 1- the relationship among the surgical staff associated with technical questions and routine work ; 2- the relationship associated with the management of roles and the respect to the hierarchy; 3- the relationship associated to the work conditions and stress; 4- the relationship of the surgical staff dichotomized: the personal and the professional relationships; 5- the relationship of the surgical staff interfering in the assistance to the patient. The manifestations were analysed based on the Theory of the Relationship Person to Person, by Joyce Travelbee (1979). The results showed that exists a relationship impersonal with excessive increased value of the tasks, the hierarchy and the roles in the staff. The analysis also possibility the verification that the relationships of the surgical staff influence, with effectiveness, the environmental work and in the assistance to the patient in that unit. The behaviour showed in the relationship by the members of the group, seems so incorporate to them, that happens naturally in the daily of the staff.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVELAR, M. C. Q. et al., Sistema centro cirúrgico - proposta de padrões de assistência de enfermagem- programa recuperação anestésica. In IV Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1990. p. 24-6
- AVELAR, M. C. Q. **A Prática do Enfermeiro de Centro Cirúrgico.** São Paulo. 1995.175p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- *BERLO, D. K. **O processo de comunicação:** introdução à teoria e à prática. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BLEGER, J. **Psicologia da conduta.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- *CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização:** dimensões esquecidas. 3 ed. v.3, São Paulo: Atlas, 1996.
- CHAVES, E. C. Fazendo as pazes com o stress. **Revista 8 de agosto,** edição especial, São Paulo, ago./1999. p. 18-9.
- *CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

CORRÊA, A. K; REIS, J. N. Considerações sobre o relacionamento entre enfermeiro/pessoal auxiliar nas salas de operações. In III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Ribeirão Preto; **Anais...**São Paulo, 1989. p. 92-102.

• DAVIS, K; NEWSTROM, J. W. **Comportamento humano no trabalho**: uma abordagem organizacional. v.2. São Paulo: Pioneira, 1996.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C; JAYET, C.. ABDOUCHELI, E. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

FARO, A. C. M. Considerações sobre a necessidade do homem agregar-se e suas relações no grupo. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, 1990. p 131-37.

FERNANDES, J. D. et al. Relações interpessoais no contexto organizacional. Trabalho apresentado no II Seminário de Pesquisa da RENE, In **Rede de Enfermagem do Nordeste**, João Pessoa, 1997.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Estresse e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática, São Paulo: Atlas, 1996.

FUREGATO, A. R. F. **Relações Interpessoais Terapêuticas na Enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDENBERG, M. A. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

IVO, M. S; RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento interpessoal analisado à luz do referencial de Travelbee. **Nursing**. v. 2, n. 10, p. 18-9, mar., 1999.

• KANAANE, R. **Comportamento Humano nas Organizações**: o homem rumo ao século XXI. São Paulo: Atlas, 1994.

• KATZENBACH, J. R; SMITH, D. K. **A Força e o Poder das Equipes**. São Paulo: Afiliada, 1994.

KRON, T. GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**: colocando em ação as habilidades de liderança. 6 ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

- MOSCOVICI, F. **Renascença organizacional**. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

- MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

- MOURA, M. L. P. de A. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 1998.

- PAGÉS, M. **A vida afetiva dos grupos: esboço de uma teoria da relação humana**. Petrópolis: Vozes, 1982.

- PENTEADO, J. R. W. **A técnica da comunicação humana**. 13 ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

- RODRIGUES, A R. F. Opções metodológicas de observação das relações interpessoais enfermeiro-paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.4, n.1, 1993. p.61-5.

- LUDKE, M; ANDRÉ, M E. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- ↳ LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e Sofrimento no Trabalho: contribuição à organização do processo de trabalho da enfermagem**. Rio Grande do Sul: 1995. 288p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e Gênese dos Grupos**. 6 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1985.
- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Moraes, 1988.
- MENDES, I. A. C. et al. Comunicação com paciente: o teórico e o concreto na enfermagem no ambiente hospitalar. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, n. 44, v. 2/3 abr./set., 1991 p.98-102.
- MENDES, L. A. C. et al. Comunicação com o paciente: o teórico e o conceito na enfermagem de âmbito hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 44, 3/3. abr./set. 1991. p. 98-102.
- MINICUCCI, A. **Relações humanas: psicologia das relações interpessoais**, 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

ROGERS, C. R. ROSENBERG, R. L. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU, 1977.

SADIGURSKY, D.; OLIVEIRA, M. R. O. **Técnicas de relaxamento e descontração para redução do estresse**. Texto mimeografado, trabalho apresentado no 50º. Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador-Bahia, 1998.

SHINYASHIKI, R. O trabalho há de ser o que for o trabalhador. **Revista 8 de agosto**, edição especial, São Paulo ago./ 1999. p 10-1.

SILVA, M. A. D'A. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**, 2 ed. São Paulo: EPU, 1997.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. ANTONIETA. **Educação continuada**: estratégia para o desenvolvimento de pessoal de enfermagem. São Paulo, 1989.

SOLOMON, P. M. D; PATCH, V. **Manual de Psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 1975.

ANEXO

ANEXO-A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO

As Relações Interpessoais da Equipe Cirúrgica: influências sobre o ambiente de trabalho.

1 - Dados de Identificação

- 1.1 Idade _____
- 1.2 Função na equipe _____
- 1.3 Formação profissional _____
- 1.4 Grau de escolaridade _____
- 1.5 Pós-graduação: Especialista ()
Mestre ()
Doutor ()
- 1.6 Tempo de serviço _____
- 1.7 Outro vínculo empregatício
Sim ()
Não ()
Onde _____

2 Qual a sua opinião sobre o relacionamento interpessoal no trabalho em centro cirúrgico?

3 Como você percebe o seu relacionamento com sua equipe de trabalho?

4 Fale sobre questões que você acha que podem facilitar o seu relacionamento na equipe no centro cirúrgico.

5 Fale sobre o que você acha que pode dificultar o seu relacionamento na equipe no centro cirúrgico.

6. Você considera seu relacionamento com a equipe satisfatório?
Explique.

7 Como você considera o ambiente do centro cirúrgico?
Explique.

8 Você acha que esse ambiente pode interferir no relacionamento da equipe ?
Explique.

9 Como o relacionamento existente entre a equipe, pode interferir na assistência prestada ao cliente?
Explique.

10 Você acha que o relacionamento entre a equipe pode modificar a dinâmica do trabalho no centro cirúrgico?
Explique.

OBSERVAÇÕES:
