

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS DO HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR. ANTÔNIO FONTES: A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

RELATIONSHIP BETWEEN DOCTORS AND NURSES FROM CÁCERES REGIONAL HOSPITAL DR. ANTONIO FONTES: A NURSE'S PERSPECTIVE

Paola Souza Santos¹, Andrea Bernardes², Rosane Maria Andrade Vasconcelos³, Rayanne da Silva Santos⁴

RESUMO

A relação de poder e os conflitos entre profissionais médicos e enfermeiros, ao longo da história, são originados a partir da associação de diversos fatores, que vão desde a constituição da equipe multiprofissional até as questões salariais, o que concerne às duas principais categorias profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente. O presente estudo pretende identificar os fatores que determinam a diferença de relação de poder entre os profissionais médicos e enfermeiros do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, em Cáceres-MT, na perspectiva do enfermeiro; evidenciar como essa relação se encontra hoje, se realmente existe a submissão do enfermeiro para com o médico. Para tanto, seis enfermeiras responderam a um questionário embasado na escala de Lickert sobre as assertivas que interferem na relação interprofissional, além de informações sobre aspectos pessoais e profissionais: idade, sexo e tempo de trabalho no hospital. Quanto as assertivas, destacam-se quatro fatores preventivos de conflitos (FPc) com Ranking Médio (RM) menor que 3,0 e dois fatores geradores de conflito (FGc), quais sejam: Comunicação Interprofissional (RM=2,83); Reconhecimento Interprofissional (RM=2,66); Condições de salário (RM=4,33); Divisões de tarefas (RM=3,16); Autoridade em relação a gênero (RM=1,5) e Reflexo no cliente (RM=1). Conclui-se que, na realidade analisada, o conflito é inexistente por haver uma relação favorável de fatores protetores (4FPc: 2FGc), porém o mesmo é iminente, devido à permanência de fatores que podem desencadeá-lo ("condições de salário" e "divisões de tarefas"). Todo e qualquer conflito entre a equipe multidisciplinar, principalmente médico e enfermeiro, desencadeará reflexos no cliente. Assim, faz-se necessária uma boa relação entre os mesmos.

Palavras-chaves: Relação de poder. Profissionais médicos e enfermeiros.

1. Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Universidade de São Francisco (USF)
2. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP)
3. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP - Ribeirão Preto)
4. Enfermeira, Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)

Correspondência

Paola Souza Santos - Rua do Campo, 315, Bairro São José, CEP: 12916-330, Bragança Paulista- SP
E-mail: pa.s.santos@hotmail.com

ABSTRACT

Conflicts and power relationship between doctors and nurses, throughout history, are originated from association of several factors ranging from the establishment of the multidisciplinary team to salary issues, which concerns the two main professional categories responsible for patient care. The aim of this study was identify the factors that determine the difference in power relationship between doctors and nurses in Cáceres-MT Regional Hospital Dr. Antonio Fontes, in nurse's perspective; show how this relationship is today, if does really exist a submission from the nurse to the doctor. Therefore, six nurses answered a questionnaire based on Lickert scale, about assertives that interfere on inter-professional relationship, as well as information about personal and professional aspects: age, sex and working time in the hospital. As assertive, stand four preventive conflict factors (PCF) with Medium Ranking (MR) less than 3.0 and two generate conflict factors (GCF), namely: Inter-professional Communication (RM=2.83); Inter-professional Recognition (MR=2.66); Salary conditions (RM=4.33); Task divisions (RM=3.16); Authority in gender relation (RM=1.5) and Client Reflection (RM=1) . It is concluded that, in the reality analyzed, the conflict does not exist, because there is a favorable ratio of protective factors (4PCF:2FGCF), but it is imminent, due the permanence factors that can unleash it ("salary conditions" and "task divisions"). Any conflict between multidisciplinary team, especially doctors and nurses, will trigger reflections on the client, so it is necessary a good relationship between them.

Keywords: Power relationship. Physicians and nurses.

INTRODUÇÃO

Avaliar as relações de poder em um ambiente hospitalar consiste, antes de tudo, em penetrar em solo arenoso. São inúmeras as disputas encontradas e, adicionado a isso, compreende-se que o poder é uma relação, e não uma coisa qualquer. A fim de aprofundar nessa problemática, ajuda entendermos como se estabelecem tais relações – também para separarmos a estigma de que o poder seja domínio de alguns indivíduos e um tanto localizável¹.

As divergências entre médicos e enfermeiros acontecem desde séculos passados, em que, desde as primeiras escolas de enfermagem, o médico foi, de fato, o único indivíduo qualificado para ensinar; a ele cabia, então, quais papéis colocar nas mãos das enfermeiras, assim as tornando subordinadas às suas ordens. Essa situação talvez possa ser um dos resquícios refletidos ainda hoje, visto ser uma relação conflituosa de papéis e de poder².

O poder domina os que apreendem e, por isso, constitui uma relação limitada sobre as pessoas. Estabelece a manipulação de forças, mas o seu manuseio de maneira desorganizada e imprópria faz surgir violência social, e, com ela, possivelmente os conflitos. Posiciona-se, aparentemente, acima da sociedade e dos interesses individuais. Em outras palavras, o exercício do poder tanto prepara a sociedade e o grupo, quanto o desconsolida, levando a conflitos e, com isso, tendo que ser validado ininterruptamente¹.

Os agentes primordiais da assistência hospitalar são os médicos e enfermeiros, que são apontados como o grupo de maior representatividade para os serviços de saúde devido a diversos papéis que desempenham. Ao médico compete diagnosticar; ao enfermeiro, cabe implementar a prescrição médica e os cuidados complementares ao paciente. Comumente, esses profissionais possuem um relacionamento difícil e turbulento, por conflitos pessoais ou estruturais. Assim, essas dificuldades podem provocar detrimento na produção em serviços de saúde, influenciando na assistência ao cliente, que deixa de ser o foco principal².

A pesquisa sobre as relações de poder tem crescido consideravelmente, seja na área empresarial, acadêmica ou na psicologia organizacional. A importância pelo estudo do poder e suas vertentes trata de um elemento onde existem distintos interesses e conquistas. Alguns autores afirmam que não existe relação social sem a presença do poder. Nesse sentido, diz-se que um dos fatos mais difundidos na vida social é justamente o do poder, que não existe relação social na qual ele não esteja presente³.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar, na perspectiva do enfermeiro, os fatores que determinam a diferença de relação de poder entre os profissionais médicos e enfermeiros do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, em Cáceres-MT. Os objetivos específicos foram: reconhecer os fatores que determinam a diferença de relação de poder entre os profissionais médicos e enfermeiros; evidenciar como essa relação se encontra hoje; e se realmente existe a submissão do enfermeiro para com o médico. Refere-se a uma pesquisa exploratória - descritiva, de natureza quantitativa, delimitada por pesquisa a campo e bibliográfica.

O presente estudo seguiu de forma implacável tudo que concerne às respectivas normas éticas a fim de que fossem cumpridas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

O EXERCÍCIO DO PODER

O poder tem crescido consideravelmente, em todos os campos, por se tratar de um fenômeno em que existem diferentes interesses e conquistas. Ter poder, geralmente, está associado ao fato de um indivíduo ou grupo exercer influência sobre outros a fim de almejar resultados comuns⁴.

Sempre nos deparamos com alguma situação ou relação em que existe o poder. Alguns autores afirmam que não existe relação social sem a presença dele³. Todas as concepções que definem o poder trazem implícitos aspectos diversos da sociedade, seja entre a família, o trabalho ou o meio social em que o indivíduo está inserido⁴.

Uma relação de poder precisa ser entendida como uma ação sobre a ação dos outros (sejam reais ou possíveis). A relação de poder não pretende a destruição do outro nem a sua anulação⁵. Conforme Lunardi et al.⁵, a “sobrevivência do outro como um sujeito de ação é fundamental para que a relação de poder se sustente e se mantenha, possibilitando respostas, reações e construções”.

Um estudo sobre a manifestação de poder segundo a percepção de enfermeiros concluiu que aquele que tem o conhecimento tem o exercício do poder seja ele em relação com a equipe de enfermagem para com o médico, seja com o cliente⁶.

RELAÇÃO DE PODER ESTABELECIDA NO AMBIENTE HOSPITALAR: UM DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar quando o espaço hospitalar e a sua distribuição tornam-se um instrumento terapêutico. Quando este local é concebido como um instrumento curador, passa-se, então, a perguntar ao médico como o hospital deverá ser construído e organizado. Desse modo, os locais dentro do hospital que serviam para o mosteiro da comunidade religiosa são banidos e aproveitados e organizados de acordo com os preceitos médicos¹.

Em seguida, surge o profissional enfermeiro, e o hospital, já com uma característica disciplinada, permite ao médico curar os doentes e controlar os passos dos demais profissionais, além de determinar o que cada um fará dentro do espaço hospitalar⁷.

Nos dias de hoje, essa prática ainda pode ser vista, mesmo que de modo oculto, mascarado ou, de certa forma, modificado ao longo dos anos. Os médicos ficam em plantões de sobreaviso em suas residências aguardando o chamado de enfermeiros para avaliação do cliente ou para realização de procedimentos. Muitas

vezes, por meio de telefone, e-mail ou fax, o médico determina algumas orientações aos enfermeiros⁷.

Existem leis que regulamentam o exercício da enfermagem, por todos os enfermeiros, para que tal prática não seja realizada, pois, conforme a Resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 225/1996, que dispõe sobre cumprimento de prescrição medicamentosa/ terapêutica a distância, essa rotina não deve ser executada⁴.

O Art. 1º determina que:

É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas / terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos (COFEN, 2014).

No Art. 2º está definido⁸ que “Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual efetivamente, haja iminente grave risco de vida do cliente”. Já o Art. 3º determina que:

Ocorrendo o previsto no artigo 2º, obrigatoriamente deverá o Profissional de Enfermagem, elaborar um Relatório circunstanciado e minucioso, onde devem constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que o levou a praticar o ato, vedado pelo artigo 1º (COFEN, 2014).

É de suma importância que a enfermagem estabeleça o seu exercício firmado nas condutas éticas de acordo com as leis que regem a profissão para impedir situações que algumas profissões têm frente ao enfermeiro⁴.

O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Os conflitos na relação entre médicos e enfermeiros acontecem muito. Sabe-se que o conflito entre essas duas profissões, tidas como as principais responsáveis pelo cuidado do paciente, é causado pela associação de diversos fatores, que vão desde a constituição da equipe multiprofissional até questões econômicas, sociais, culturais e a relação de poder⁹.

Entre as causas de conflito estão a definição do papel funcional do enfermeiro ou de outro profissional, a definição do seu próprio ser e as tensões conflituosas que frequentemente ocorrem tanto nas situações de assistência quanto em situações do dia a dia do trabalho¹⁰.

A disputa por espaço profissional, pelo poder, tem ocasionado constante conflito entre os profissionais, o que ocasiona menor qualidade de assistência prestada ao cliente, que deixa de ser o foco principal nessa relação de poder⁴.

A opção pela profissão de enfermagem, na maioria dos casos, é secundária e hierarquicamente inferior à profissão médica, existindo resquícios velados à cultura na qual estão articulados – um deles é em relação à medicina. Esta produção cultural da enfermagem parece pontuar na atualidade uma aproximação cada vez mais acentuada destes profissionais como equipamento teórico, técnico e discursivo da medicina, apesar de possuírem um saber e uma prática diferenciada do objetivo e das práticas médicas¹¹.

No entanto, o serviço médico depende essencialmente da enfermagem, que é a responsável não só pela continuidade dos procedimentos que visam ao diagnóstico e ao tratamento, mas pela vigilância constante diuturna da evolução dos clientes e de seu cuidado pessoal. Pela amplitude de suas funções de coordenação, supervisão e controle, o serviço de enfermagem permite que o médico desempenhe suas funções, apesar de manter poucos e curtos contatos com os clientes. Contraditoriamente, quanto menor a autonomia do serviço de enfermagem, mais pode este multiplicar a produtividade do ato¹².

Hoje em dia não há cabimento em rotular a enfermagem como uma profissão submissa devido à falta de cientificidade da prática ou devido aos julgamentos de que os profissionais não evoluíram de outros tempos aos dias atuais, até porque nem mesmo as pessoas do século XXI possuem as mesmas características das pessoas de dois séculos atrás¹³.

O modelo médico-hospitalar não promove a autoridade nem a autonomia do enfermeiro para refletir sobre a intencionalidade dos seus atos e o conteúdo do núcleo técnico-científico que os orienta, pois afetam o tipo, o conteúdo e os propósitos das suas intervenções.

No entanto, a enfermagem e outras profissões ganham espaço profissional, em especial na organização hospitalar, e aumento do status, em virtude da melhor qualificação, que gerou a necessidade de a classe médica criar um projeto de lei, pois, à medida que o papel do enfermeiro mudou no campo da saúde, passando a incluir maior participação do seu papel dentro da instituição, a relação entre o

enfermeiro e o médico mudou, o que gerou grandes disputas de espaço e de delimitação do poder¹⁴.

Diante disso, a dimensão moral da prática de enfermagem é abordada, associando-se à possibilidade de exercício de poder dos seus trabalhadores para o enfrentamento de vários problemas morais vivenciados no cotidiano do trabalho⁵.

Assim a assistência de enfermagem procurou basear-se no conhecimento científico e não somente em um cuidado generalizado sem embasamento, sendo que esta seria uma das principais características responsáveis pela submissão da enfermagem à medicina, pois os cuidados eram subsidiados pelo pensamento médico, por ser um trabalho técnico sem fundamentação científica. Portanto, a enfermagem está se desligando desse mito e caminhando em frente, preocupando-se em aplicar a sistematização da assistência de enfermagem com a consciência de que, por meio do planejamento da assistência, garante-se a responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que este processo permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem¹³.

METODOLOGIA

Contextualizaram-se os fatores que determinam a diferença de relação de poder entre os profissionais médicos e enfermeiros, do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes, na perspectiva do enfermeiro.

TIPO DE PESQUISA

Refere-se a uma pesquisa exploratória – descritiva, de natureza quantitativa, delineada por pesquisa a campo e bibliográfica.

Pesquisas exploratórias são compreendidas como investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses aumentará familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos¹⁵.

As pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população¹⁶.

Na pesquisa descritiva o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem interferir para modificá-la. Descrever é narrar o que acontece. Assim, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los¹⁵.

De um modo geral, a abordagem quantitativa de uma pesquisa bibliográfica procura quantificar os dados e aplicar alguma forma de análise estatística¹⁷.

A pesquisa de campo procura o aprofundamento de uma realidade específica. É basicamente realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações que ocorrem naquela realidade¹⁶.

O trabalho de pesquisa é uma atividade que possui caráter ensino/aprendizado e, também, atualizador, não apenas ao pesquisador, mas para a sociedade, pois, a partir de uma observação de uma problemática, surgem indagações que levam a aprofundar estudos sobre a questão¹⁵.

Conforme Minayo¹⁸, “a pesquisa é uma atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade”. Ela atualiza a atividade de ensino frente à realidade do mundo e vincula pensamento e ação. Para Minayo¹⁸, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Segundo Cervo e Bervian¹⁹, a pesquisa bibliográfica representa o trabalho científico original, constituindo a pesquisa propriamente dita na área das Ciências Humanas. Como resumo de assunto, constitui geralmente o primeiro passo de qualquer pesquisa científica, procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental.

Desse modo, o levantamento bibliográfico é de extrema relevância, uma vez que a localização e a aquisição de conteúdos e de diferentes formas de contribuição científica subsidiam, a partir de estudos pregressos, o tema proposto para a realização do trabalho de pesquisa^{20,21}.

Assim, o primeiro passo constituiu na busca eletrônica, na base de dados do SciELO e revistas de universidades, por trabalhos científicos, utilizando como palavras-chaves: relação de poder; profissionais médicos e enfermeiros. Os estudos foram procurados na íntegra, lidos e analisados segundo dados referentes ao objetivo da pesquisa.

AMBIENTE DA PESQUISA

O Hospital Regional Dr. Antônio Fontes tem como implantação o serviço de Organizações Sociais de Saúde (OSS), modelo adotado pelo Governo do Estado. O objetivo da administração estadual, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), é promover ações de fortalecimento e incentivos à média e alta complexidade no que diz respeito à assistência hospitalar de Mato Grosso²².

O sistema de gestão, por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS), é um compromisso para a operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde. A nomenclatura OSS é designada às entidades como associações, fundações ou sociedades civis (sem fins lucrativos). Depois de firmado o contrato com o Governo, essas instituições exercem atividades de interesse público, neste caso, na área de saúde²².

O Hospital de Cáceres Dr. Antônio Fontes atende por meio da 'Associação Congregação de Santa Catarina' desde novembro de 2011 e é referência na região Oeste de Mato Grosso²². Conta com mais de 18 tipos de procedimentos e atendimentos de média e alta complexidade, como UTI adulto e pediátrico, clínica cirúrgica geral, ortopédica, trauma e emergência, clínica cirúrgica pediátrica e clínica neurológica; no hospital o regime é de demanda referenciada, com consulta médica, atendimentos de urgência e emergência, colonoscopia, ultrassonografia, ecocardiografia, mamografia, patologia clínica, broncoscopia, endoscopia, tomografia, raios-X, apoio diagnóstico e terapêutico²².

SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi feita com os enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser docente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) e também possuir vínculo com o Hospital Regional Dr. Antônio Fontes. Segundo

dados do setor de recursos humanos, no ano de 2012, o Hospital contava com 33 enfermeiras, porém foram entrevistadas seis seguindo o critério de inclusão.

Para neutralidade e proteção da identidade dos envolvidos, os profissionais que participaram da pesquisa foram identificados com letras do alfabeto, exemplo: sujeito A, B, C, e assim sucessivamente.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados é considerada uma fase intermediária de grande valor durante uma investigação, uma vez que envolve distintos passos, os quais devem ser bem delineados e adequadamente seguidos, com vistas a proporcionar resultados úteis e fidedignos ao problema de pesquisa¹⁹.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho, por meio de um questionário onde constam seis assertivas sendo: comunicação interprofissional; reconhecimento interprofissional; condições de salário; divisões de tarefas; autoridade em relação a gênero; e reflexo no cliente. O questionário foi embasado na escala de Likert de cinco pontos, na qual constatou abordagem quantitativa para estabelecer o *Ranking Médio (RM)*, além de informações sobre aspectos pessoais e profissionais: idade, sexo e tempo de trabalho no hospital.

Realizou-se o agendamento conforme disponibilidade dos sujeitos da pesquisa, sendo que, no momento da aplicação do questionário, estavam presentes o pesquisador e o sujeito; explicou-se a pesquisa e foram esclarecidas dúvidas pertinentes.

Segundo Cervo e Bervian¹⁹, o questionário refere-se a um instrumento para obter respostas às questões por um método em que o próprio informante consiga preenchê-lo. Deve ter caráter impessoal para assegurar uniformidade na avaliação da situação pesquisada. As indagações podem ser feitas por meio de perguntas fechadas, que serão padronizadas, objetivas, de fácil explicação, codificação e análise; ou por meio de perguntas mistas, onde se abrem as perguntas para obtenção de esclarecimentos às respostas.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita a análise dos resultados por meio do RM, utilizando a escala de Likert de cinco pontos para mensurar o grau de concordância dos sujeitos que

participaram da pesquisa. Verificou-se a concordância ou discordância das questões avaliadas por meio da pontuação atribuída às respostas, relacionando à frequência das respostas dos respondentes que fizeram tal atribuição, em que os valores menores que três são considerados como concordantes e maiores que três como discordantes, considerando a escala de cinco pontos. O valor exatamente três é considerado “indeciso” ou “sem opinião”, sendo o “ponto neutro”, equivalente aos casos em que os respondentes deixaram em branco.

A escala de Likert constitui-se de uma série de itens favoráveis e desfavoráveis ao objeto de estudo; a cada resposta é atribuído um valor numérico que indica o nível de concordância, indecisão ou discordância em relação ao que lhe é afirmado²³.

Os itens da escala de Likert assumiram os seguintes valores: concordo plenamente, 01; concordo, 02; indeciso, 03; discordo, 04; discordo plenamente, 05. Para análise do questionário, a assertiva 01 correspondeu à “comunicação interprofissional”; a assertiva 02 correspondeu ao “reconhecimento interprofissional”; a assertiva 03 correspondeu às “condições de salário”; a assertiva 04 correspondeu a “divisões de tarefas”; a assertiva 05 correspondeu à “autoridade em relação a gênero”; e a assertiva 06 correspondeu ao “reflexo no cliente”.

Após a análise do questionário por RM, adotou-se ponto de corte igual a 03, sendo definido que, se a média da categoria fosse igual ou superior a 03, considerava-se que aquele fator seria gerador de conflito (FGc). Caso contrário, ou seja, se a média for menor que 03, considerava-se que o fator seria prevenção de conflito (FPc).

Para o cálculo do RM utilizou-se o método de análise da escala de Likert apresentado por Cassiano (2005); Malhotra (2001); Rose Jr. (2004); e Tresca (2004). A fim de se ter uma melhor visibilidade dos resultados obtidos, foi confeccionado o gráfico no EXCEL 2010, pois, segundo Marconi e Lakatos, os gráficos permitem evidenciar aspectos visuais dos dados¹⁵.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Como primeira conduta, foi solicitada autorização à instituição para realização da pesquisa. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da UNEMAT a fim de que fossem cumpridas as exigências da Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Para participação no estudo, os sujeitos foram consultados quanto ao interesse e à disponibilidade, e assinaram o Termo de Consentimento livre esclarecido após a aprovação pelo CEP com o número do protocolo 303.859. Cabe ressaltar que foi garantido o caráter confidencial e voluntário da participação bem como o compromisso de divulgação dos resultados do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise revelou que a média de idade foi de 38,5 anos. Os sujeitos da pesquisa foram 100% do sexo feminino. A média de anos de trabalho na área de enfermagem foi 6,5 anos. O tempo mínimo foi de dois anos e o tempo máximo foi de 12 anos.

COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Quanto à assertiva “comunicação interprofissional”, o RM foi de 2,83, revelando que há comunicação eficaz entre os profissionais (médico e enfermeiro), o que representa um fator preventivo para o conflito (RM<3).

A comunicação é um instrumento facilitador no processo de interação e comportamentos entre os profissionais, principalmente entre médico e enfermeiro, os quais devem demonstrar respeito pelas características individuais de cada um²⁴.

Em pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), com o tema “Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos”, foram entrevistados 30 médicos, sendo que o fator “comunicação interprofissional” foi considerado um fator preventivo para conflito entre os profissionais médicos e enfermeiros, relevando que há comunicação eficaz entre os profissionais. Os autores fizeram outra pesquisa na visão da enfermagem, se há conflito na relação com médicos, no mesmo hospital, e 82 enfermeiros participaram da pesquisa, constatando que a “comunicação interprofissional” é um fator gerador de conflito²⁵.

Em contrapartida, a pesquisa em pauta realizada com os enfermeiros do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, em Cáceres, mostra que, na visão do

enfermeiro, o fator “comunicação interprofissional” é também um fator preventivo para o conflito.

RECONHECIMENTO INTERPROFISSIONAL

A assertiva “reconhecimento interprofissional” configurou-se um fator preventivo para o conflito com, RM de 2,66 (RM<3).

Jesus et al., em pesquisa com enfermeiros formados em diferentes décadas, buscaram identificar se, em algum momento da escolha profissional ou durante o exercício da enfermagem, vivenciaram alguma forma de preconceito em relação à sua profissão no âmbito da família, amigos, profissionais de trabalho¹¹. No decorrer dos resultados da pesquisa, os autores colocam a opinião de uma enfermeira:

Hoje parece que a coisa mudou bastante; há um respeito muito maior pela enfermagem, mesmo porque eles estão reconhecendo o valor da enfermagem. A enfermagem é necessária. Então, mesmo os médicos não estão achando que é mais aquele negócio de subordinação, é mais companheirismo. Naquela época era maior o preconceito (Jesus et al., 2010, p.172).

O resultado do RM sobre assertiva “reconhecimento interprofissional” confirma a fala da enfermeira, pois nota-se que o mesmo é um fator preventivo para o conflito, constatando que há uma boa relação entre os profissionais médicos e enfermeiros do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, o que possibilita motivação para que tais profissionais desempenhem suas atividades²⁶.

CONDIÇÕES DE SALÁRIO

Quanto à assertiva “condições de salário”, a maioria dos sujeitos da pesquisa respondeu não ser adequado, portanto, é um fator gerador de conflito, com o RM de 4,33 (RM>3).

Na pesquisa de Teixeira et al.²⁷, os autores abordam a insatisfação das enfermeiras quanto às condições precárias de trabalho, má remuneração e as “condições de salário”, frisando o seguinte relato de uma enfermeira:

O Sistema de Saúde está tão falido, e todo mundo anda tão desanimado, que eu nem sei se tenho coragem de sugerir alguma coisa. Eu estou muito frustrada com o salário, com as condições de trabalho, que nem sei. Acho que todo mundo está deprimido, se pudesse todo mundo mudaria de profissão, eu inclusive (Teixeira et al., 2004, p. 93).

Tais resultados corroboram com os valores encontrados para o RM no que diz respeito à assertiva “condições de salário”, considerada um fator de conflito. Conforme afirma Oliveira, a realidade atual da sociedade brasileira e as condições de trabalho e salário a que estão submetidos os trabalhadores da saúde são manifestações que podem estar influenciando o processo de sofrimento vivenciado pelas enfermeiras²⁸.

DIVISÕES DE TAREFAS

Outro fator gerador de conflito foi “divisões de tarefas” na equipe multiprofissional, com o RM de 3,16 (RM>3).

Dentro de um hospital, as funções de um médico e de uma enfermeira divergem, mas, às vezes, confundem-se. Isso poderia parecer óbvio, mas não é. Como todas as profissões, cada um tem seu espaço e lugar dentro de um contexto, porém, quando voltamos os olhos para os hospitais, percebemos como essa divisão é estreita e, talvez em razão disso, tão complicada. O cliente necessita de cuidados, mas quem lida diretamente com a doença e com as sequelas que essas possam ocasionar são os médicos e as enfermeiras. Aos médicos são delegadas as funções de diagnóstico, intervenção e tratamento, enquanto as funções das enfermeiras são para dar suporte às ações empreendidas pelos médicos².

Pesquisas abordando a divisão de tarefas verificaram que há uma sobrecarga das tarefas impostas aos enfermeiros e vistas como desumanas, e o desvio de função “divisão de tarefas” mal estabelecidas impedia as enfermeiras de atuarem naquilo para o qual se prepararam; com isso, constatou-se que há maior frequência de sofrimento psíquico, gerando conflito entre profissionais²⁷.

Dessa forma, os resultados dos estudos citados confirmam o valor encontrado para o RM da pesquisa feita com os enfermeiros do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, na visão do enfermeiro, sendo a assertiva “divisões de tarefas” considerada um fator gerador de conflito.

AUTORIDADE EM RELAÇÃO A GÊNERO

Sobre a assertiva “autoridade em relação a gênero”, uma grande parcela dos pesquisados respondeu que a enfermagem tem autoridade, portanto, foi um fator de prevenção para o conflito entre os profissionais, já que o RM foi de 1,5 (RM<3).

A questão do gênero tem um respaldo histórico de submissão da mulher ao homem, da enfermagem à medicina, e também na história do paternalismo, em que competia à mulher fazer e obedecer, e ao homem cabiam funções, definições e saberes⁴.

De todos os artigos lidos para dar suporte teórico para pesquisa em pauta referente à subordinação, submissão da enfermagem frente à medicina em vários aspectos, seja pela questão da “influência do sexo feminino” (gênero) ou pela própria cultura de desvalorização do saber fazer da enfermagem, houve conflito entre os profissionais de enfermagem e de medicina⁴.

No entanto, constatou-se na pesquisa no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes que não há conflito consolidado com a assertiva “influência do sexo feminino” na visão do enfermeiro, diferentemente do que há nas literaturas.

REFLEXO NO CLIENTE

Todas as participantes disseram que a boa relação entre enfermeiros e médicos beneficia o cliente, portanto, a assertiva “reflexo no cliente” é um fator de prevenção de conflito, no qual o RM foi de 1 (RM<3).

Leite e Vila buscaram identificar por meio de uma pesquisa as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua na Unidade de Terapia Intensiva. As autoras chegaram à conclusão de que a capacidade de relacionamento da equipe deve ser estimulada para que as boas relações possam acontecer, pois um dos maiores estressores enfrentados pelos funcionários é a falta de coleguismo e de compromisso da equipe de saúde. Portanto, é preciso que os líderes de equipe avaliem as atitudes de cada profissional, busquem o equilíbrio, pois uma boa relação entre os profissionais beneficia o cliente, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade de vida do cliente, da família e da própria equipe²⁹.

Costa et al. também constataram que a grande maioria dos entrevistados de sua pesquisa consideram que o paciente é beneficiado quando há boa relação entre os profissionais médico e enfermeiro, os responsáveis pelo seu cuidado. Este fato configura-se como prerrogativa de excelência para que cada profissional se empenhe para estabelecer relação harmoniosa com os demais profissionais e uma assistência de qualidade para o cliente³⁰.

Nota-se que todas as enfermeiras do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes também acreditam que a boa relação entre os profissionais médicos e enfermeiras influencia na qualidade da assistência ao cliente, sendo assim um fator preventivo para o conflito.

Lunardi et al.⁵ dizem que, nas instituições de saúde, vem-se demonstrando que “determinados modos adotados de ser e de fazer não apenas comprometem e prejudicam os profissionais, como, principalmente, comprometem o que se chama de cuidado aos clientes, a sua assistência à saúde”. Então, se houver uma boa relação dentre os profissionais, haverá uma assistência melhor ao cliente.

Os achados das assertivas são resumidos na Figura 1, na qual se destacam quatro fatores preventivos para o conflito e dois geradores de conflito (4FPc: 2FGc). Revela-se que, na realidade analisada, o conflito é iminente devido à existência de fatores que podem desencadeá-lo (“condições de salário” e “divisões de tarefas”).

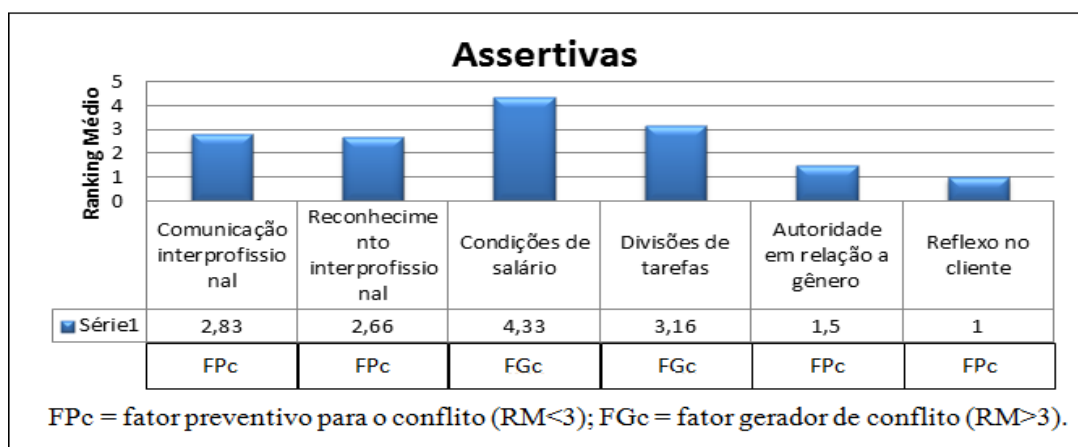


Fig. 1: Fatores preventivos para o conflito e fatores geradores de conflito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consta-se que, na realidade do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, em Cáceres, sobre a relação entre os profissionais médicos e enfermeiros do hospital, na perspectiva do enfermeiro, não há conflito consolidado, porém detecta-se a existência de fatores geradores de conflitos que podem desencadeá-los em situações reais. Dos seis fatores abordados que determinam a diferença de relação de poder entre os profissionais, apenas dois fatores foram considerados gerador de conflito na perspectiva do enfermeiro, os quais são: condições de salário e divisões

de tarefas. Perante a literatura, esses achados são válidos para vivenciar situações de conflito entre os profissionais.

Os fatores que favorecem a boa relação entre os profissionais são a comunicação interprofissional, o reconhecimento do trabalho profissional (médico em relação ao enfermeiro), a influência de gênero, por ser predominantemente do sexo feminino, e a boa relação favorecendo o cliente.

A desigualdade, o conflito entre o corpo médico e o da enfermagem, pode ser um dos principais problemas no espaço hospitalar, já que entre eles se estabelece um estreito vínculo profissional. Desse conflito, surgem problemas éticos que prejudicam a relação na equipe multidisciplinar, e, principalmente, uma assistência adequada ao cliente. Não se esquecendo de que, com frequência, a desigualdade gera as relações de poder e o conflito. Diante destas reflexões, devem ser feitos esforços para que este seja evitado.

Referências

1. Foucault M. Microfísica do poder. 19. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1997.
2. Silva IMBP. A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade Católica de São Paulo. 2006.
3. Stoppino M. Curso de Introdução à Ciência Política. Poder e Autoridade. 2ª ed. Brasília: Unb. 1984.
4. Chaves RN, Alves AL. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. Rev Dial Cien 2012; 30:159-164.
5. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MRS, Svaldi JSD, Bulhosa MS. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. Rev Lat Am Enf 2007; 15(3).
6. Machado VB. A manifestação de poder segundo a percepção de enfermeiros que atuam em uma instituição hospitalar pública. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Faculdade de Enfermagem; 2000.
7. Padilha MICS, Borenstein MS. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. Esc Anna Nery Rev Enf; 2006 [acesso em 10 nov 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a24.pdf>.
8. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [acesso em 15 mar 2014]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>.
9. Delcaro WR. As relações de poder estabelecidas no ambiente hospitalar. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade do Estado de Mato Grosso; 2011.
10. Spagnol CA, Santiago GR, Campos BMO, Badaró MTM, Vieira JS, Silveira APO. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev Esc Enf; 2010 [acesso em 8 out 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/36.pdf>.

11. Jesus ES, Marques LR, Assis LCF, Alves TB, Freitas GF, Oguisso T. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. *Rev Esc Enf*; 2010 [acesso em 9 out 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a24v44n1.pdf>.
12. Baptista SS, Barreira IA. A luta da enfermagem por um espaço na universidade. *Esc Anna Nery Rev Enf* 1997 Jun; 193.
13. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enf*; 2007 [acesso em 2 set 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034167200700010001.
14. Florentino FRA. Enfermagem e Medicina relações de poder e de saber. Passo Fundo: UPF; 2006.
15. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003.
16. Gil AC. Como Elaborar Projeto de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
17. Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
18. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2010.
19. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Makron Books; 2002.
20. Baffi MAT. Modalidades de pesquisa: um estudo introdutório. Petrópolis; 2002.
21. Oliveira SL. Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira; 2002.
22. Associação Congregação Santa Catarina. Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes (MT) [acesso em 10 nov 2013]. Disponível em: <http://www.acsc.org.br/casas/hospital-regional-de-caceres-dr-antonio-fontes/>.
23. Alexandre JWC, Andrade DF, Vasconcelos AP, Araújo MAS, Batistal MJ. Análise de número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção [evento na internet]. 2003; Ouro Preto, Brasil [acesso em 13 set 2012]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0201_0741.pdf
24. Ferreira GSG, Bicudo EJ, Carvalho DA, Posso MBS, Chagas LRA. Importância da Comunicação no Processo de Enfermagem: A Visão do Enfermeiro. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e Encontro Latino Americano de Pós-Graduação [evento na internet]. 2009; São Paulo, Brasil [acesso em 10 mar 2014]. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0148_0069_01.pdf.
25. Oliveira AM, Lemes AM, Ávila BT, Machado CR, Ordones E, Miranda FS et al. Relação entre enfermeiros e médicos no Hospital das Clínicas no Hospital Federal de Goiás: a perspectiva do profissional de enfermagem. *Rev Lat Am Bio* 2010;10(2):58-67.
26. Farina HD. Sofrimento psíquico: um estudo entre médicos e enfermeiros em um hospital de Manaus. Dissertação [Mestrando em Saúde Pública] Universidade Federal do Amazonas; 2004.
27. Teixeira ER, Paim RCN, Santo FHE. Percepções dos enfermeiros sobre a metodologia da assistência de Enfermagem. *Rev Pesq cuid fund* 2004; 1(2): 87.
28. Oliveira PTR. O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina - Número 4.
Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2015 jul.-dez. (p. 10-28)

29. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enf 2005;13(2):145-50.
30. Costa XC, Carrió FB, Epstein RM, Rubiano EK, Aresté JJE, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. Rev Atenc Prim 2003;32(2):110-7.