

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Trabalhar em UTI neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem”

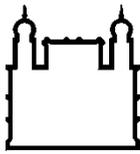
por

Luciana Gomes

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito

Rio de Janeiro, julho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Trabalhar em UTI neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem”

apresentada por

Luciana Gomes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz

Prof. Dr. Milton Raimundo Cidreira de Athayde

Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 28 de julho de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G633 Gomes, Luciana
Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço
e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem. / Luciana Gomes. --
2011.
234 f. : il. ; graf.

Orientador: Brito, Jussara Cruz de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

1. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 2. Enfermagem
Neonatal. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Trabalho. I. Título.

CDD – 22.ed. – 618.9201

*Dedico esta tese aos
meus grandes amores, Wilson e Alice.*

AGRADECIMENTOS

Ao Wilson, companheiro de tantas horas por todo o seu amor, carinho, compreensão e paciência infinita e à minha querida Alice por compreenderem todas as horas que estive ausente e sempre me receberem com um lindo sorriso e muito carinho.

À Jussara por mais uma vez ter me proporcionado o prazer de desfrutar da sua orientação. O que se revelou uma experiência muito gratificante e enriquecedora para mim.

Ao Milton por suas aulas que sempre serviram como uma das fontes de inspiração para o meu trabalho.

A todos os profissionais que participaram da pesquisa e ao hospital que permitiu o desenvolvimento da mesma.

A todos os integrantes do Grupo PISTAS por suas contribuições e provocações estimulantes e a companhia sempre agradável.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esta pesquisa se realizasse.

Muito obrigada!

Gomes, Luciana. Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem. Tese [doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2011.

RESUMO

Nesta tese buscamos compreender as articulações entre saúde e trabalho das/os técnicas/os de enfermagem que atuam em uma UTI Neonatal, considerando as especificidades da relação de serviço. Para tanto, operamos com diferentes disciplinas e perspectivas que fazem uso do conceito de atividade e que consideram a complexidade e variabilidade das situações de trabalho, a sua dinâmica e a mobilização dos trabalhadores. Consideramos também as proposições e os estudos sobre as relações de serviço. Embasamo-nos na perspectiva ergológica da atividade e nas abordagens clínicas do trabalho, como a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. O percurso que percorremos nesse estudo envolveu as seguintes etapas: Visitas à Unidade Neonatal, Levantamento e análise de documentos relativos às normas antecedentes e à prescrição do trabalho; Aplicação do Inquérito Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS-BR); Organização e cruzamento dos dados encontrados nas visitas e na aplicação do INSATS-BR e Encontros sobre o trabalho envolvendo a Comunidade Ampliada de Pesquisa para a discussão e validação dos resultados. Constatamos que as competências relacionais são fortemente mobilizadas na relação com os bebês e com as mães, o que em certa medida orienta as realizações das atividades. As posturas adotadas no contato com as mães, buscando compreender a situação em que se encontram, respeitando seus medos, sua ansiedade, mostram o quanto a dimensão relacional acaba norteando algumas arbitragens em suas atividades. As arbitragens e mobilizações do corpo-si que se efetivam na relação que aí se estabelece se evidenciam de forma especialmente marcante devido à intensidade da experiência de lidar com situações limítrofes, tanto no que se refere ao quadro de fragilidade da saúde dos bebês, quanto do estado emocional dos pais frente a essa situação. A preocupação das/os técnicas/os em contribuir com a formação de vínculos entre as mães e os bebês mostra-se como uma regra de ofício, que resulta dessas arbitragens e mobilizações. A construção de um patrimônio de valores comuns e regras de bem viver entre as técnicas e os técnicos se revelaram essenciais para a formação de um coletivo de trabalho e na constituição de *entidades coletivas relativamente pertinentes*. Deparamos-nos com um quadro de adoecimentos e sintomas vagos e difusos que é indicativo do esgotamento desses trabalhadores. Todavia, destacou-se o caráter desafiante que o trabalho na UTI Neonatal apresenta, onde o fato de ser de ser colocado/a à prova é motivadora para as/os técnicas/os em suas atividades, evitando um rumo patogênico. Embora o sofrimento esteja ali presente a disposição para lutar na conquista da saúde ainda tem prevalecido.

Palavras-chave: relação de serviço, trabalho em saúde, UTI Neonatal, Ergologia

Working in the NICU: the challenges of service relationship and the health of nursing staff

ABSTRACT

This thesis aims to understand the links between health and work of the techniques the nurses working in a NICU, considering the specifics of the service relationship. To this end, we operate with different disciplines and perspectives that make use of the concept of activity and consider the complexity and variability of work situations, their dynamics and mobilization of workers. We also consider the proposals and studies on the relationship of service. Based on the perspective ergology activity and clinical approaches in the work, as the ergonomics of the Activity and Psychodynamics of Work. The path we have traveled in this study involved the following steps: visits to the neonatal unit, survey and analysis of documents concerning the history and the prescribed standards of work; Application of the Survey on Work and Health Service (INSATS-BR); Organization and crossing data found in the visits and the application of INSATS-BR and meetings on work involving the Enlarged Community Research for discussion and evaluation of results. We found that relational skills are strongly mobilized in relation to babies and mothers, which to some extent guides the achievements of the activities. The positions taken in contact with their mothers, trying to understand the situation in which they are respecting your fears, your anxiety, show how the relational dimension just a few referrals in guiding their activities. The arbitration and mobilization of the body-self to become effective on the relationship that is established there is evidence of a particularly striking because of the intensity of the experience of dealing with extreme situations, both as regards the framework of fragility of the health of babies, as the emotional state of parents faced with this situation. The concern of the techniques to contribute to the formation of links between mothers and babies it is shown how to craft a rule that results of these arbitrations and mobilizations. The construction of a common patrimony of values and rules of good living from the techniques and technicians has proven essential to the formation of a collective bargaining and in the formation of corporate bodies on relevant. We find ourselves with a picture of illnesses and symptoms vague and fuzzy that is indicative of the exhaustion of these workers. However, the highlight was the defiant character that the work presented in the NICU, where the fact that it is to be placed the proof is motivating to the techniques them in their activities, avoiding a pathogenic direction. Although suffering is there a willingness to fight this in the conquest of Health still has prevailed.

Keywords: service relationship, health work, NICU, Ergology

Lista de quadros, esquemas e gráficos

Quadro 1: Número de profissionais de enfermagem no Brasil no ano de 2009	61
Quadro 2: Caracterização Geral das visitas à UTIN	83
Quadro 3: Aplicação do INSATS	86
Quadro 4: Realização dos Encontros sobre o Trabalho	91
Quadro 5: Fatores de exposição no trabalho	100
Quadro 6: Número de técnicos de enfermagem por gênero e tipo de vínculo	107
Quadro 7: Ano de admissão dos técnicos de enfermagem na maternidade	111
Quadro 8: Tempo de profissão (anos) e de ingresso na maternidade estudada.	111
Quadro 9: Tempo total de trabalho das/os técnicas/os de enfermagem por semana	113
Quadro 10: Número de pessoas que moram na casa junto com a (o) técnica(o) de enfermagem	117
Esquema 1: A composição orgânica dos tempos de trabalho	43
Gráfico 1: Número de técnicos de enfermagem por idade (anos).	109

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1 Um olhar sobre o trabalho e a saúde	22
Capítulo 2 Relação de serviço.....	32
2.1 O aumento do emprego nas atividades de serviço	32
2.2 Serviços ou serviço?	34
2.3 Singularidades da relação de serviço	42
2.4 Relação de serviço e desafios atuais.....	44
2.4.1 Questões que se colocam à saúde.....	44
2.4.2 Sobre a qualidade do serviço prestado.....	50
2.5 Sobre a competência	52
Capítulo 3 O trabalho da enfermagem	58
3.1 Uma breve história sobre a enfermagem.....	58
3.2 Questões atuais da enfermagem.....	67
Capítulo 4 As mudanças no olhar sobre os cuidados aos bebês.....	71
Capítulo 5 Metodologia.....	76
Capítulo 6 Resultados e análises.....	99
6.1 Uma aproximação da UTI Neonatal e do trabalho das/os técnicas/os de enfermagem.....	100
6.1.1 Do berçário à UTI Neonatal	100
6.1.2 Condições e características do trabalho das/os técnicas/os de enfermagem na UTIN	105

6.1.3 A prescrição do trabalho das técnicas e técnicos de enfermagem na UTIN	110
6.1.4 Características gerais das técnicas e técnicos de enfermagem	112
6.1.5 Vida familiar, trabalho doméstico e lazer	121
6.2 O trabalho das técnicas e técnicos de enfermagem na UTIN	124
6.2.1 O início na UTI Neonatal.....	136
6.2.2 <i>Tem que ser equipe, não pode ser “euquipe”</i> : a importância da cooperação entre as técnicas e os técnicos de enfermagem	138
6.2.3 As relações com a chefia e demais profissionais.....	142
6.2.4 A relação com o público.....	147
6.2.4.1 Características da relação com as mães	154
6.2.4.2 A relação com os bebês.....	161
6.3 Encontros sobre o trabalho.....	170
6.3.1 Encontro I: A dimensão imaterial e relacional da atividade da/o técnica/o de enfermagem na UTI Neonatal	170
6.3.2 Encontro II: Relação de serviço e os desafios à saúde	170
Considerações finais	199
Referências bibliográficas	206
Anexos	225

Introdução

Atualmente há um incremento relativo do emprego no chamado setor de serviços, contrastando com o declínio da preponderância do emprego no setor secundário - a indústria. Existe uma forte expansão, sobretudo dos tipos de atividades de serviços que envolvem relacionamentos/interações entre os produtores e os beneficiários do serviço. Para este estudo, interessou-nos conhecer os múltiplos aspectos que envolvem este tipo de atividade e que tipos de desafios se colocam à saúde dos trabalhadores.

Nas últimas décadas o mundo do trabalho tem passado por mudanças com uma rapidez e intensidade jamais vistas. A globalização da economia e o neoliberalismo têm provocado transformações de âmbito mundial nas relações de trabalho e de produção. Somam-se a isso as inovações tecnológicas, as novas dinâmicas do mercado e do contexto do pós-fordismo e pós-taylorismo. Estas mudanças se interligam, tal qual uma trama, e repercutem tanto no contexto econômico, quanto no político e no social, definindo novos cenários.

Novas demandas recaem sobre o trabalho e os trabalhadores e as trabalhadoras. Cada vez mais se espera que sejam: flexíveis, polivalentes, criativos, com capacidade de decidir e inovar, que tenham autonomia, iniciativa, proporcionem resolutividade de problemas, saibam trabalhar em equipes e tenham bom relacionamento interpessoal, ainda que, muitas vezes, trabalhem em condições adversas e precárias.

Segundo Cerf *et al*¹, nos países industrializados o campo de atividades de serviço tem evoluído rapidamente e esta evolução é acompanhada por uma mutação profunda dos serviços, em virtude sobretudo das inovações introduzidas pelas tecnologias da informação e da comunicação. As condições técnicas, sociais e organizacionais de trabalho modificaram-se, em especial, a interação do trabalhador com o beneficiário (cliente ou usuário), que se torna cada vez mais complexa.

Du Tertre² destaca a importância tomada pelas atividades imateriais e relacionais baseadas nas relações de serviço, tanto nos setores de atividade de serviços quanto nos setores industriais. A novidade não é a existência dessas atividades, elas já existem de longa data – mas o papel central na dinâmica econômica que assumem atualmente. Estes tipos de atividades aparecem, no centro de tensões, particularmente em torno da intensidade do trabalho e também na qualidade dos serviços, com repercussões sobre a saúde dos trabalhadores².

Diante desse cenário de mudanças, com toda a diversidade que compõe as atividades de serviço, o aumento da complexidade das atividades, as exigências de novas competências ao trabalhador, como apreender quais os seus efeitos na relação saúde e trabalho?

Um desafio para o estudo da relação saúde e trabalho nas atividades de serviço é o fato dos danos à saúde serem frequentemente subclínicos, sem gravidade evidente^{3, 4}. E, quando se tornam clinicamente observáveis surgem

como formas já avançadas de degradação, o que aparece no registro econômico, o qual, aliás, constitui um campo de informação pertinente sobre a saúde dos trabalhadores³.

De acordo com Cerf *et al*¹, nas últimas décadas, a maioria dos estudos em Ergonomia na área das atividades de serviços, baseou suas análises nas condições de trabalho do prestador “executante” ou no conforto daquele que é recebido. Para Hubault³, os estudos sobre este tipo de atividade colocam em evidência aos especialistas, justamente, que a questão saúde e trabalho não está só relacionada às condições de trabalho, está presente em vários planos, como nas condições que ajudam a definir a condição do trabalho na empresa - como a organização, a avaliação, a gestão.

As atividades de serviço representam um universo a ser explorado, não só para a Saúde do Trabalhador, como por outros campos e disciplinas que estudam as transformações no trabalho e sua relação com a saúde. Consideramos que é preciso ampliar o olhar sobre esta questão.

Para Schwartz⁵, na Ergologia, o trabalho nunca é a simples execução de regras e normas, a atividade envolve sempre um “*uso de si*”, uma escolha frente a valores que interagem. E este uso de si pode trazer implicações à saúde. Como afirma Dejours⁶, em relação à saúde, o trabalho nunca é neutro, ou ele é operador de saúde ou é patogênico. Neste sentido, entendemos que é fundamental considerar na análise da relação saúde e trabalho, a mobilização

da subjetividade presente nas relações de serviço. E que é necessário utilizar métodos que abarquem esta questão.

Para Hubault³, as relações de serviço trazem desafios à saúde associados com a eficácia. Pois para o autor, a saúde se coloca em termos de recursos disponíveis para agir. A dialética saúde-eficácia que sustenta a dinâmica de todo o trabalho, concentra a relação de duas formas de esgotamento dos trabalhadores: o esgotamento que pode tanto resultar dos esforços comprometidos para responder ao cliente-usuário-paciente, quanto do esgotamento das soluções disponíveis para atender ao mesmo cliente-usuário-paciente³. Através desse ponto de vista, os problemas de saúde dos trabalhadores indicam as dificuldades que enfrentam para realizar seu trabalho, mas essas dificuldades também indicam as dificuldades das empresas para ajustar a sua organização às dimensões da relação de serviço.

Segundo Du Tertre², na relação de serviço os trabalhadores são constantemente levados a realizar, em tempo real, arbitragens entre as orientações e os objetivos fixados pela hierarquia (da empresa, da instituição, do órgão público) e a especificidade da demanda do beneficiário representado por sua presença corporal, sua subjetividade e a própria representação de sua missão. O processo de arbitragem é o coração da dinâmica dos serviços.

Para Du Tertre², as questões que as relações de serviço colocam à saúde estão em torno do aumento da intensidade do trabalho e da qualidade do trabalho. A intensidade está associada a um ritmo acelerado de trabalho ou a

uma extensão das horas de trabalho. Para atender os objetivos da intensificação e da qualidade do serviço o trabalhador realiza arbitragens, as quais não sem efeito para a saúde².

Entendemos que para ampliar a capacidade de compreender e analisar a relação saúde/trabalho e aprimorar os procedimentos metodológicos adotados é necessário considerar o cenário atual em sua complexidade e diversidade, o qual exige uma visão multidimensional e transversal do trabalho⁷. Mais do que pensar apenas nas condições materiais e ambientais e nos aspectos técnicos do trabalho é preciso tentar compreender os sujeitos na sua relação com o trabalho, que acontece no encontro com o real. E considerar a noção de saúde *“como uma luta contínua, uma conquista permanente, em meio às forças políticas”*⁷ (p.93).

O desejo de desvendar o caráter enigmático do trabalho e a sua relação com a saúde surgiu ainda na época da graduação em Psicologia (UFSC). O contato com questões relativas ao mundo do trabalho foi ampliado a partir da Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ)⁸. Então o meu interesse nesta área cresceu, sobretudo com a oportunidade que tive de participar do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas. Desenvolvido pelo grupo Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero (PISTAS), do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ), em colaboração com outros Grupos de Pesquisa do Brasil, através da dissertação defendida no Mestrado em Saúde, Trabalho e

Ambiente⁹. De certa forma, o interesse pelas atividades ditas de serviço, sempre esteve presente nas minhas inquietações teóricas e metodológicas.

Recentemente participei no projeto de pesquisa “Trabalho real em "serviços" e promoção da saúde”, desenvolvido pelo grupo PISTAS. Este projeto busca a aproximação da atividade de trabalho de serviço, em três campos empíricos (trabalho em saúde, educação e telemarketing) visando apreender suas múltiplas dimensões e relações com a saúde. Considerando que a minha participação esteve concentrada no campo da saúde, em especial ao trabalho de auxiliares e técnicas de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e que o número de estudos neste setor envolvendo saúde e trabalho é quase insignificante, decidimos então realizar este estudo neste campo.

O trabalho em saúde tem passado por profundas transformações nas últimas décadas. A introdução de novas tecnologias, o aumento da complexidade da estrutura do sistema de saúde, as novas formas de gestão, são alguns exemplos que têm provocado mudanças nos processos de trabalho, com novas atribuições aos trabalhadores, e em certa medida aos pacientes/usuários. Assim como vem ocorrendo no setor de serviços, de um modo geral, esta relação de serviço entre o trabalhador da saúde e o usuário/paciente está cada vez mais complexa e novas competências são exigidas.

Nos hospitais a maciça maioria de profissionais é da área de enfermagem, sobretudo, de técnicos e auxiliares de enfermagem. A predominância é de

mulheres e estão na linha de frente do processo terapêutico, situando-se no trabalho de cuidado direto dos pacientes.

De acordo com bibliografia recente, as atividades realizadas por auxiliares e/ou técnicos de enfermagem são consideradas simples e manuais se comparada às exercidas por médicos e enfermeiros – que prescrevem e organizam seu processo de trabalho – tendo uma possibilidade muito restrita de intervir sobre ele^{10, 11, 12,13}. Entretanto, análises feitas a partir do ponto de vista da atividade têm revelado que se trata de uma atividade que apresenta um quadro de complexidade, sutileza e riqueza¹⁴, bem como o trabalho neste segmento implica no uso de um significativo conhecimento técnico, sendo o profissional responsável pelo que faz¹⁵.

No sistema público de saúde brasileiro o que se percebe, de uma maneira geral, é que há uma intensificação do trabalho decorrente das rotinas cada vez mais complexas, contrastando com condições materiais e organizacionais precárias e número insuficiente de profissionais. A respeito do trabalho das técnicas e técnicos e auxiliares de enfermagem, acreditamos que devido à associação que é feita com o trabalho doméstico-maternal há uma falta de reconhecimento das competências necessárias para desenvolver estas atividades. Elas são consideradas naturais, ou seja, vistas como características inatas femininas. E como aponta Brito¹⁶, o trabalho realizado pelas mulheres tem sido sempre associado a formas mais deterioradas, precarizadas e desqualificadas, se comparado com o dos homens.

Nesta tese procuramos dar maior visibilidade à complexidade que envolve o trabalho dos técnicos, técnicas e auxiliares de enfermagem que atuam em uma UTI Neonatal de um hospital público de grande porte da cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com a Portaria nº 3432, do Ministério da Saúde de 12 de agosto de 1998, as UTIs “são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.”

Uma UTI Neonatal é um espaço reservado para tratamento de recém-nascidos prematuros, que necessitam de cuidados 24 horas por dia e de bebês que apresentam algum tipo de problema ao nascer. Ela deve atender aos bebês de 0 a 28 dias. Porém há casos em que o bebê prematuro de baixo peso ultrapassa os 28 dias de vida, mas continua internado na UTIN porque ainda necessita dos cuidados que são desenvolvidos nesse tipo de unidade especificamente. Esse tipo de UTI exige abordagem e metodologia de cuidados diferenciados, uma vez que, os problemas que um recém-nascido pode vir a apresentar, bem como a forma que se comporta clinicamente são diferentes de os de uma criança maior ¹⁷.

“A UTI Neonatal é um ambiente de alta complexidade tecnológica, cheio de aparelhos sofisticados e um batalhão de profissionais que inclui entre outros, médicos, enfermeiras, auxiliares e fisioterapeutas. Pelas suas próprias características, este é, sem dúvida, um ambiente gerador de estresse” ¹⁸ (p.11).

Diante deste contexto em que as exigências sobre as/os técnicas/os e/ou as/os auxiliares de enfermagem são cada vez maiores e mais complexas, nem sempre acompanhadas de condições materiais e institucionais adequadas e apesar disso tudo são consideradas “simples”, como fica a relação entre a saúde e o trabalho? Na realização da atividade que desafios se apresentam a esses trabalhadores e trabalhadoras? Que saídas eles encontram para afirmar a vida e conquistar a saúde?

O que buscamos com esta tese foi compreender as articulações entre saúde e trabalho dos/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem de uma UTI neonatal, considerando as especificidades da relação de serviço. Para tanto, operamos com diferentes disciplinas e perspectivas que fazem uso do conceito de atividade e que consideram a complexidade e variabilidade das situações de trabalho, a sua dinâmica e a mobilização dos trabalhadores. Consideramos também as proposições e os estudos sobre as relações de serviço^{3, 2, 19}. Embasamo-nos na perspectiva ergológica da atividade²⁰ e nas abordagens clínicas do trabalho, como a Ergonomia da Atividade²¹ e a Psicodinâmica do Trabalho²²: um conjunto de ferramentas - não só teóricas como metodológicas e técnicas - que possibilitou ampliar os instrumentos de análise para esse estudo.

Começamos apresentando no capítulo 1 o tipo de olhar que lançamos sobre o trabalho e a saúde, por meio das concepções teóricas e metodológicas com as quais operamos como a Ergologia, a perspectiva vitalista de Canguilhem, a

Ergonomia da atividade, a Clínica da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. Destacamos alguns aspectos que consideramos essenciais para ajudar a desvendar o caráter enigmático do trabalho, sua complexidade e sua relação com a saúde.

O capítulo 2 é dedicado à relação de serviço, incorporamos os referenciais contidos nos estudos de Zarifian ^{19, 23, 24, 25}, Du Tertre² e Hubault ³. Tratamos das transformações pelas quais tem passado as atividades de serviço, dos desafios atuais, de algumas especificidades, com destaque para as questões que se colocam à saúde.

No capítulo 3 tratamos um pouco da história da enfermagem, mostrando como foi se construindo como uma categoria profissional. Apresentamos como surgem as categorias de auxiliar e técnico de enfermagem e as tensões presentes nesse processo. Por fim trazemos algumas questões atuais que a enfermagem tem enfrentado.

Considerando a importância de compreender como olhar sobre os bebês irão determinar o tipo de cuidados que irão receber, no capítulo 4 expomos brevemente como esse olhar foi se transformando até chegar aos dias atuais e o que se tem pesquisado sobre UTIN.

No capítulo 5, sobre a metodologia apresentamos as diferentes ferramentas teóricas, metodológicas e técnicas que utilizamos. Bem como os caminhos que escolhemos percorrer para a pesquisa.

Os resultados encontrados e as suas análises são tratados no capítulo 6. Onde dividimos em três itens: Uma aproximação da UTI Neonatal e do trabalho das/os técnicas/os de enfermagem; O trabalho na UTIN pelo olhar das técnicas e técnicos de enfermagem e Encontros sobre o trabalho.

E por último temos as Considerações Finais onde buscamos destacar alguns pontos encontrados ao longo da pesquisa que consideramos que sintetizam os principais aspectos referentes às articulações entre saúde e trabalho para as/os técnicas/os de enfermagem na UTI Neonatal.

Capítulo 1 | Um olhar sobre o trabalho e a saúde

Compreender o trabalho não é tarefa fácil. Muitas são as disciplinas que o tem como objeto, mas não é possível circunscrevê-lo sob um único enfoque. E isoladamente cada disciplina trata apenas de alguns aspectos, não conseguindo abarcar o todo. “O trabalho é um conceito complexo não só porque suas práticas variam de uma situação à outra, mas também porque seu sentido varia ao longo do tempo e de uma sociedade para outra”²⁶ (p.80).

Tomemos como exemplo, o início do século XX, na sociedade ocidental. O taylorismo com sua preocupação de governar o ambiente de trabalho via o trabalhador apenas como o executor, um componente alienado. A lógica taylorista, na tentativa de captura da força produtiva através da divisão social do trabalho e do controle de métodos, ignorou, ou mesmo menosprezou a capacidade dos trabalhadores para além da “mera execução”. A concepção de trabalho e de homem era mecanicista. Esta visão de mundo é determinista e reducionista. Dessa forma, ao conceber o trabalho como algo simples, predizível e controlado com uma causalidade linear tentou excluir a subjetividade.

Contraopondo-se a essa postura mecanicista surgem as explicações vitalistas, como as de Georges Canguilhem²⁷, que irão postular a existência de uma força vital sem a qual a vida não poderia ser explicada. Essa nova imagem de mundo complexa incorpora as infidelidades do meio.

Embora, do ponto vista filosófico, o mecanicismo tenha sido superado pelo paradigma da complexidade, ao estudar o trabalho percebemos que ele ainda

prevalece na prática e mesmo em algumas disciplinas. Isso é visto claramente com afirmações do tipo: que determinado trabalho é simples, que não precisa “pensar”.

Apoiado em George Canguilhem, Schwartz⁵ (p.191) ressalta que “o trabalho nunca é pura execução” e justifica isso com o argumento de que o “o meio é sempre infiel”. Dito de outra forma, todos os tipos de infidelidade se combinam, se acumulam, se reforçam uma na outra, no conjunto de um ambiente de trabalho que é também um ambiente técnico, um ambiente humano, um ambiente cultural. Isto faz com que nunca se possa pretender listar totalmente, de maneira exaustiva, tudo aquilo que constitui um meio de trabalho⁵.

Entendemos que com todas as transformações que vem ocorrendo, sobretudo nas últimas décadas, fica cada vez mais visível a complexidade do trabalho e há desta forma, a necessidade do reconhecimento da subjetividade dos trabalhadores presente na atividade e imprescindível para operar com as novas tecnologias e as novas demandas. Como aponta Schwartz⁵ (p.191): “atualmente, redescobre-se no trabalho a existência de um enigmático “alguém””.

O trabalho é “*incontestavelmente multidimensional*”²⁶ (p.37). E como destaca Nouroudine²⁸ (p.19):

“Esse caráter multidimensional e total do trabalho é irreduzível, visto ser a marca e o reflexo da natureza mesmo do humano, ao mesmo tempo sujeito social, econômico, jurídico, etc. Porém, o trabalho também é complexo na medida em que integra propriedades múltiplas, cada uma participando da formação de uma significação dinâmica e variável nos campos social e histórico”.

Consideramos que na sociedade capitalista contemporânea o trabalho é uma atividade matriz e que ocupa uma centralidade na vida das pessoas^{29, 30}. Ele

“é central na definição do nosso meio, não só porque a ele dedicamos muito de nosso tempo (mesmo quando desempregados), como também porque grande parte de nossas condições de vida estão relacionadas com o trabalho que temos”³¹ (p.30).

Neste sentido, trabalho e saúde estão intimamente relacionados. Sendo assim, de acordo com Dejours⁶, ao invés da questão “trabalho ou não trabalho”, devemos colocar: qual trabalho? Para que?

Para melhor compreender estas questões e a sua importância na vida dos homens e mulheres adotaremos as contribuições de diferentes disciplinas e perspectivas que incorporam o ponto de vista da atividade, valorizando a mobilização dos trabalhadores e trabalhadoras neste processo e que consideram o caráter enigmático e complexo do trabalho.

Entre elas temos a Ergonomia da Atividade, que lançou uma grande contribuição para a análise do trabalho ao fazer a diferenciação entre tarefa e atividade. Demonstrou que o trabalho efetuado não se reduz ao trabalho fixado por regras e orientações, envolve a história de cada um, sua formação e experiência, e se desenvolve no encontro com aquilo que não era esperado. Revelou que em suas múltiplas faces o trabalho apresenta diferenças entre a forma como é planejado, prescrito e a forma como é executado pelos trabalhadores^{32, 21}. Tal proposta surgiu contrapondo teorias positivistas que subestimavam fortemente a atividade do sujeito e a dos atores sociais²⁶.

A tarefa corresponde ao trabalho prescrito que é designado pela organização do trabalho, com suas condições determinadas e resultados antecipados. É a maneira como o trabalho deve ser executado. Porém, o trabalho que é desenvolvido pelo trabalhador, ou seja, o trabalho real, nunca corresponde a este trabalho prescrito³².

A prescrição do trabalho não consegue dar conta da série infinita de variáveis ao qual o trabalho está submetido, até porque muitas vezes é mal formulada, na medida em que ignora tais variabilidades e as necessárias regulações dos operadores no curso da ação. O trabalho prescrito é definido considerando situações de estabilidade, como se de certa forma fosse possível prever ou atenuar as variabilidades que podem ser referentes à produção, à diversidade interindividual, às variações intra-individuais, aos imprevistos, à complexidade e à diversidade dos serviços a prestar.

Na tentativa de ampliar o conceito de trabalho prescrito, a Ergologia* propôs a noção de *norma antecedente*^{33,34}. Assim como a prescrição, as normas antecedentes remetem-se ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador antes de o trabalho ser realizado. Porém, abarcam outros aspectos, tais como: a historicidade e a origem da própria prescrição, os valores e um patrimônio conceitual, científico e cultural³³.

“São normas antecedentes vinculadas a aquisições da inteligência e experiência coletiva (e, neste sentido, bens de todos). Essas normas

* A ergologia é uma “*perspectiva (démarche) ética e epistêmica, de desenvolvimento, uma postura voltada para a melhor compreensão e transformação da atividade humana, afirmando a potência da vida*”³⁶ (p.230). Recebeu diversas influências, como a ergonomia, o Movimento Operário Italiano de Luta pela Saúde (MOI) e a obra de Georges Canguilhem.

referem-se aos saberes técnicos, científicos e culturais que historicamente são incorporados ao fazer (como os diferentes saberes e técnicas do campo da saúde)”³⁴(p.284).

Schwartz³⁵ destaca que a Ergonomia da Atividade nos anos 80 teve um papel importante na transformação da noção de atividade em um conceito matriz entre as ciências humanas. Ao fazer a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real, revelou uma perspectiva muito mais ampla, a qual:

“a actividade torna-se o lugar de uma dialéctica onde agora é preciso articular os debates do sujeito com todos os tipos de normas apreendidas no horizonte histórico-social. Estas normas devem ser pensadas como anteriores aos sujeitos que com elas têm que lidar, mas também é a história destes sujeitos, anterior a estas normas, que permite abordar localmente o resultado das negociações de onde resulta, a cada vez a reconfiguração do meio”³⁵ (p.63).

Para Schwartz³⁵, esta renovação na noção de atividade foi inspirada em Hegel, Marx e na psicologia soviética (Vygotski, Léontiev,...), como uma noção sintética e transversal que designa não somente um problema de construção de conhecimentos, mas um problema do “fazer industrial”. E essa expressão, de acordo com o autor remete a uma segunda fonte filosófica do conceito atual de atividade, “que desde Platão, os Clássicos, Bérghson, A.Leroi-Gourhan, G. Canguilhem..., se pergunta também que estranha cooperação entre corpo e espírito, o saber e o fazer, a rotina e a renormatização[†], torna possível a competência industrial.

[†] Optamos por utilizar a tradução do conceito de “renormalization”, como renormatização, assim como fazem grupos de pesquisa da FIOCRUZ, UERJ, UFF e UNIRIO que mantém interlocução com o autor. Consideramos que assim enfatiza a visão vitalista ai presente, isto é, a capacidade humana de criar novas normas de vida. Enquanto que a utilização da expressão ‘renormalização’ em português poderia dar a idéia de um retorno à normalidade, o que não configura a intenção do autor.

De acordo com o vocabulário ergológico[‡] escrito por Louis Durrive e Yves Schwartz,

“atividade - é um élan de vida e de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, atravessa e liga tudo o que as disciplinas têm representado separadamente: o corpo e o espírito; o individual e o coletivo; o fazer e os valores; o privado e o profissional, o imposto e o desejado etc.”³⁷ (p.19).

Esta noção de atividade evidencia a riqueza e complexidade deste conceito, mas, sobretudo do chamado “fator humano”. “Jamais, felizmente, se poderá explicar inteiramente o funcionamento desse humano. Mas, entrando na atividade, podemos melhor nos aproximar das arbitragens em situação, de seus debates de normas e de valores”⁵(p.189).

A Psicologia do Trabalho, através da Clínica da Atividade - que tem no centro da análise as relações entre atividade e subjetividade³⁸ – busca ampliar o conceito de atividade de trabalho incluindo os conflitos do real. Conforme Clot *et al*³⁹, o desenvolvimento da atividade escolhida é governado por conflitos entre as concorrentes, que poderiam realizar a mesma tarefa a um outro custo. Para os autores, o real da atividade é igualmente aquilo que não se faz, o que se procura fazer sem lograr êxito – o drama dos fracassos – o que se poderia ter feito ou desejado fazer, o que se pensa poder fazer em outros lugares. É também o que fazemos para não fazer o que está por fazer. O realizado não tem mais o monopólio do real. O possível e o impossível fazem parte do real.

[‡] O vocabulário ergológico proposto por Louis Durrive e Yves Schwartz em 2001 está disponível no site do Departamento de Ergologia da Université de Provence: <www.ergologie.com>

Para Clot³⁸, as atividades suspensas, ou impedidas, mesmo as contra-atividades, a atividade refeita, retirada ou oculta, todas elas devem ser acolhidas na análise da atividade, buscando esclarecer seus conflitos. Para o autor a existência dos sujeitos é tecida nesses conflitos vitais que eles procuram, para se desprenderem, reverter em intenções mentais. A atividade é uma prova subjetiva onde se avalia a si mesmo e aos outros, todas em relação ao real, para ter uma chance de chegar a realizar o que está por fazer.

Entendemos que para avançarmos os atuais limites do conhecimento científico sobre saúde, trabalho e subjetividade é preciso confrontá-los com os desafios e as indagações advindas da experiência daqueles que vivem as relações a serem investigadas. Incorporando-os na produção de conhecimento sobre este campo. Seguimos esta tradição inaugurada por Ivar Oddone, Alessandra Re e Gianni Briante no Movimento Operário Italiano (MOI)⁴⁰ de luta pela saúde e que inspirou não só o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, como também outras perspectivas e disciplinas que adotamos, como: a Ergologia, a Clínica da Atividade e a Ergonomia da Atividade.

A importância da utilização da experiência dos trabalhadores reside no fato que revela um tipo de saber muito particular da experiência concreta cotidiana, que abarca aspectos singulares da complexidade destas relações.

A respeito do conceito de saúde, entendemos que inicialmente é preciso considerar a vida, o ser vivo. Partimos do pressuposto do ser vivo – de acordo com a linhagem teórica vitalista que vem de Canguilhem²⁷ –, que vive em seu meio em uma atividade de oposição à inércia e a indiferença, um ser mais que

normal, 'normativo', criativo, capaz de produzir novas normas. Um ser capaz de refletir sobre a sua prática, sua vida, sua saúde. Que com sua vitalidade busca permanentemente a mobilização das forças ativas, que tira de dentro de si, das suas raízes, as energias necessárias pra vida, pra dar conta das exigências e pressões do trabalho.

A saúde, para Canguilhem²⁷, é um conceito vulgar, no sentido de que esta pode estar ao alcance de todos, não pertence à ordem dos cálculos, não é resultado de trabalhos comparativos ou leis. Não é algo que vem de fora, não é assunto dos outros, de instituições, dos médicos, etc. É algo que se conquista, que se enfrenta e de que se depende, sendo fundamental o papel de cada um nesse combate. Nesse sentido não se coloca a idéia de que no caso de um trabalho ideal as condições de saúde estariam garantidas. Dentro da perspectiva de uma conquista permanente, saúde é movimento, na medida em que as situações vão mudando, os nossos desejos vão permanentemente se reconfigurando, demandando mobilizações por novas melhorias.

A saúde não é um estado ideal, estático, que deva ser alcançado, é algo que se altera o tempo todo.

“Então, saúde é antes de mais nada uma sucessão de compromissos que as pessoas assumem com a realidade, e que se alteram, que se reconquistam, se definem e se redefinem a cada momento, se defende a cada instante. Por fim, saúde é um campo de negociação cotidiana e permanente por tornar a vida viável”⁴¹ (p.32).

De acordo com Canguilhem²⁷, a saúde é entendida como referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância ou de

seguridade que cada um possui para enfrentar e superar as instabilidades do meio.

Novo ritmo de mudanças no mundo do trabalho

O trabalho tem um papel decisivo na “produção” do ser humano, que precisa realizar constantemente o seu debate de normas e de valores na execução da atividade. Como já destacava Marx⁴²(p.149)

“... o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza (...). Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.”

Neste movimento contínuo de criação e recriação de si e do seu meio, algo que é inerente à vida, o trabalho também se transforma ao longo da história. Para Schwartz⁴³ (p.25), a mudança é “consustancial a natureza do trabalho humano: ele se modifica sempre. Entretanto, é verdade que existem ritmos, períodos em que se tem o sentimento de que as coisas mudam bem mais rápido”. Este sentimento vem sendo vivenciado intensamente há algumas décadas, desde que o mundo do trabalho sofreu profundas transformações com os avanços da globalização, a reestruturação produtiva e o desenvolvimento de novas tecnologias e dos meios de comunicação.

Nos dias de hoje, “tem-se a impressão de que é um novo ritmo de mudança, com tudo o que se pode passar em torno dos meios de comunicação à distância, daquilo que se chama nova economia, Internet”⁴³ (p.25). Schwartz⁴³ destaca ainda que a partir da década de 80, algo muda na relação entre os

homens e a máquina, que esta relação da atividade humana comandada por ritmos, por ambientes materiais está mudando.

“Alguma coisa se modifica na relação do corpo humano com o trabalho. (...) Tem-se a impressão de que se modificou o que é pedido aos homens e às mulheres no trabalho, aquilo que se designa pelo termo enigmático: as competências”⁴³(p.25).

A criação de novas formas de competências modifica muitas coisas, principalmente na composição social⁴³.

Há um recuo de trabalho físico e um aumento de tarefas de controle e de coordenação que exigem a comunicação e o diálogo. “Os apelos à inteligência dos homens e das mulheres no trabalho tornaram-se moeda corrente, ainda que de modo geral, as estratégias administrativas atestem sempre, vistas por esse ângulo, inúmeras e sérias ambiguidades”⁴⁴ (p.45).

Todas essas reflexões nos revelam o quanto há de complexo e enigmático no trabalho e na sua relação com a saúde. Mas, sobretudo evidenciam como este universo precisa ser mais bem compreendido para que possam ocorrer transformações efetivas em prol da melhoria da qualidade de vida e de trabalho de homens e mulheres.

Diante de toda a riqueza que compõe o trabalho, o desafio que se coloca não é tentar abarcar exaustivamente todas as suas faces e sim ao tentarmos elucidar algum aspecto termos clareza de sua plenitude e o cuidado para simplesmente não dividirmos o trabalho em blocos.

Capítulo 2 | Relação de serviço

As atividades que envolvem relação de serviço apresentam características bem peculiares e nas últimas décadas tem passado por profundas transformações, como o aumento da sua complexificação e a introdução de inovações de tecnologias de informação e da comunicação. Assim sendo, neste estudo procuramos estar atentas a estas especificidades, o que se revelou como mais uma forma de olhar para a atividade dos técnicos e técnicas de enfermagem. A seguir, apresentaremos alguns aspectos deste universo que é bastante amplo e diversificado.

2.1 | O aumento do emprego nas atividades de serviço

Entre as transformações que vêm ocorrendo nas últimas décadas no mundo do trabalho, uma em especial diz respeito à proliferação de empregos no setor de serviços, o que contrasta com a diminuição dos empregos no setor secundário, a indústria.

Schwartz⁴³ ressalta que

“a ligação entre os homens e as máquinas, com seu extremo que é a linha de montagem taylorista tende a diminuir e entrar em declínio. Essa relação da atividade humana comandada por ritmos, por ambientes materiais, está mudando, diminuindo, é incontestável” (p.25).

Certas formas clássicas do trabalho, que antes eram dominantes, entram em declínio e há o aumento de novas formas muito diferentes de atividade humana que não supõe um ambiente maquínico muito constrangedor ⁴³.

Gadrey⁴⁵ revela que, nos países desenvolvidos, o crescimento do emprego no setor terciário iniciou depois da Segunda Guerra Mundial, e se destacou, sobretudo a partir da década de 70. Nessa década a crise estrutural que afetou a economia dos países industrializados foi marcada pela aceleração da evolução da estrutura dos empregos em proveito das atividades de serviço². Porém, o crescimento e a evolução não são vistos nesse setor como um todo. Até porque ele apresenta extrema heterogeneidade e “uma enorme diversidade de características, práticas gerenciais, formas de trabalho, relações com o cliente e o público em geral”⁴⁶ (p.14).

Há grupos de serviços cuja participação no emprego cresceu pouco ou permaneceu estacionária (e mesmo começou a regredir), serviços cujo componente “relacionamento entre as pessoas, é relativamente reduzido, como: distribuição, transportes, correios, telecomunicações, bancos e seguros, administrações públicas centrais⁴⁵. Já outros grupos de serviços, que envolvem uma relação de serviço, isto é, a relação direta entre um prestador de serviço e um beneficiário, a participação progrediu, e em certos casos intensamente, como: saúde, educação, alimentação, turismo, cultura, ação social, associações, higiene corporal, esportes^{45,2}.

Do ponto de vista econômico, Du Tertre² ressalta que desde a década de 70, as relações de serviço baseadas nas atividades imateriais e relacionais - ou seja, atividades de trabalho cujos efeitos não são tangíveis, no sentido que não são mensuráveis - têm ocupado um lugar central na dinâmica da nova ordem

econômica. Há um aumento progressivo no consumo desses tipos de serviço, o que envolve por parte das empresas um aumento de investimentos imateriais, como: atividades de pesquisa/desenvolvimento e de inovação, de comunicação e de informação, de profissionalização dos trabalhadores, e esses investimentos também recaem sob uma relação de serviço, desenvolvida dentro da empresa ou fora com um prestador de serviço². O consumo de produtos manufaturados também é muitas vezes acompanhado de serviços associados - são pacotes de produtos (manutenção, serviços financeiros, formação, aconselhamento, entre outros) -, que se baseiam em uma relação de serviço.

Tanto os organismos públicos quanto os privados têm desejado desenvolver sua organização para atender a uma demanda mais e mais personalizada, sendo assim, a atenção para o beneficiário torna-se uma alavanca fundamental de modernização². Por outro lado, o aumento da complexidade da produção e do consumo exige conhecimentos mais elaborados e mais abstratos. As transformações são tanto para os prestadores, dos quais são exigidas novas competências para atender às novas demandas, quanto para o beneficiário/cliente que cada vez mais assume um papel de co-participação na atividade.

2.2 | Serviços ou serviço?

Em geral, quando se fala em serviços (no plural) trata-se do setor de serviços, ou setor terciário. Porém, atualmente é bastante impreciso categorizar os

setores econômicos, eles estão cada vez mais mesclados, há uma convergência entre o setor industrial e o setor de serviços. Para atender às novas imposições de um mercado cada vez mais exigente e competitivo, o que está havendo é que “(...) o setor industrial descobre e incorpora a noção de “serviço” e o setor dos serviços industrializa seus modos de funcionamento ”¹⁹ (p.69). Zarifian considera que a distinção entre setor secundário e setor terciário “não é mais apropriada e que precisamos, então compreender *uma mudança que os atinge, a ambos*, apesar das incontestáveis diferenças entre eles”²³ (p.97).

Mais recentemente, a referência aos serviços também está associada aos

"acompanhamentos do produto (serviços pós-venda, serviços de publicidade, etc.) ou como taxa de serviço, que privilegia os compromissos assumidos com o cliente: reparação do produto e conformidade do produto com suas especificações de qualidade”²³ (p.102).

Segundo Zarifian²³ o importante é compreender o que consiste “produzir serviço”. Entende-se por produção de serviço:

“o processo que transforma as condições de existência de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos. O serviço deve, portanto, agir sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário (um cliente, um usuário), de maneira que responda às necessidades e expectativas deste último. A indústria realiza essa transformação indiretamente: pelos bens industriais que fornece, quando esses bens conseguem “prestar um serviço”. O setor dos serviços mantém uma relação mais direta com essa transformação, uma vez que se encarrega dela ”¹⁹ (p.69).

Assim sendo, serviço (no singular) apresenta como uma característica fundamental o seu aspecto relacional. Seja qual for o setor econômico, em algum momento do processo produtivo pode haver de alguma forma a presença do beneficiário. A “... relação de serviço é algo que pode haver em qualquer setor”⁴⁶ (p.17).

Em 1977, o economista Peter Hill[§] propôs uma definição de serviço que ainda é tida como uma referência, apesar das críticas:

“um serviço pode ser definido como uma mudança na condição de uma pessoa ou de um bem pertencente a um agente econômico, que vem à baila como resultado da atividade de outro agente econômico, por acordo prévio, ou seja, solicitação da pessoa ou agente econômico anteriores” (*apud* Gadrey⁴⁵, p.31).

Zarifian²³ busca ir além dessa definição de serviço, enriquecendo com um olhar que posiciona o prestador e o beneficiário no processo de socialização e considerando o serviço como uma produção de valor (de outra forma ele estaria fora do universo econômico).

Para abordar o valor de serviço, inicialmente Zarifian²³ lembra que herdamos da gestão concreta de empresas em regime capitalista, duas principais abordagens de valor. A abordagem do *valor-trabalho* - que foi consideravelmente desenvolvida com o estabelecimento do taylorismo, na qual o valor corresponde ao tempo de trabalho socialmente necessário para produzir uma mercadoria. E a do *valor-desempenho* proposta mais recentemente, sob forte influência modelo industrial japonês. Corresponde à representação do valor sob a forma de um conjunto de desempenhos (custo qualidade, variedade, inovação) a partir do qual serão pesquisadas formas dinâmicas de tomada de decisão, para garantir vantagem competitiva e lucratividade maiores à empresa²³.

[§] Peter Hill, “On Goods and Services”, em *The Review of Income and Wealth*, nº4, dezembro de 1977, p315-338.

A noção de “valor-desempenho” é marcada pela introdução do cliente como referência principal do complexo de desempenhos, onde os desempenhos reportam-se à sua avaliação.

Então, Zarifian propõe outras duas definições do valor de serviço, que rompe com essa duas abordagens dominantes, “utilizando uma dupla abordagem: uma por parte das consequências; e outra por parte dos recursos”²³(p.102).

Abordagem do valor serviço a partir das consequências: O serviço é uma transformação nas condições de atividade do destinatário, cujas consequências (efeitos) são consideradas válidas e positivas por este último e/ou pela coletividade²³.

Abordagem do valor de serviço a partir dos recursos: O serviço é a organização e a mobilização mais eficiente possível de recursos visando interpretar, compreender e produzir a transformação mencionada acima. A eficiência dessa mobilização é avaliada pela direção da organização, por seus empregados, e mesmo pela pessoa a quem o serviço se destina, quando ela própria é utilizada como recurso²³.

Vemos que

“a definição pelas consequências dirige a definição pelos recursos. É a partir das consequências construídas e esperadas que a eficiência no uso dos recursos adquire sentido (e, por consequência, que se pode julgar a dinâmica dos custos, entre outras coisas)”²³ (p.103).

Zarifian se apóia nessas definições para salientar que o valor e a produção de um serviço contêm muitos elementos que precisam ser considerados numa avaliação.

Ao considerar o valor de serviço a partir das consequências (efeitos), o que exatamente é avaliado?

Segundo essa abordagem o objeto de avaliação é a transformação das *condições de atividade*, significa que “é uma atividade *em e em relação à* condição de uma atividade – e não em relação a um estado ou condição de um objeto – que se podem avaliar/julgar as consequências produzidas pelo serviço” ²³ (p.104). Desta forma, o objeto de avaliação difere do proposto por Hill que é reduzido a uma “mudança” da situação de uma pessoa ou de bem pertencente ao destinatário de um serviço. Entre a transformação nas condições de atividade e o beneficiário dela, Zarifian²³ não introduz nenhum intermediário, seja qual for (ex. um bom tratamento para um doente), já que esse é apenas o meio para a realização do serviço. “O serviço prestado não é o tratamento médico, é a saúde recobrada (...). O serviço é o efeito, o resultado, nas condições de exercício da atividade” ²³ (p.105).

Delimitado o objeto, Zarifian²³ considera quatro tipos de avaliação:

- Avaliação de utilidade – um serviço se propõe a produzir resultados úteis à atividade do destinatário. Tais resultados são considerados válidos, pois proporcionam uma utilidade nova, porque eles mudam positivamente as condições da atividade do destinatário²³ (p.105). Mas,

de fato são “nos usos que os resultados se revelam. Em um duplo uso (atual e potencial) de si e no uso de produtos (bens e serviços) de que se dispõe”²³ (p.106).

Sob essa perspectiva, os tratamentos e os cuidados que um recém-nascido recebe na UTIN transformam a condição de atividade desse paciente. “A saúde representa um certo tipo de atividade de uma pessoa”²³ (p.104). O serviço prestado propriamente não são os tratamentos ou os cuidados e sim a saúde recobrada.

De acordo com Zarifian²³, analistas de serviços perceberam a importância do uso de si do beneficiário como condição de uso dos produtos para modificar sua atividade, a qual destaca a *competência*, ou a *educação do consumidor*. “É verdade que uma sociedade desenvolvida em termos de produção de serviço é, também, uma sociedade que presume um nível bastante elevado de educação dos consumidores”²³.

A respeito dos efeitos úteis produzidos na realização de um serviço, Du Tertre² considera que tais efeitos produzem: impactos imediatos sobre o beneficiário, mas também impactos tardios, que podem aparecer depois de um tempo e/ou se propagar na rede, junto a atores não diretamente envolvidos na prestação.

- Avaliação de justiça – essa avaliação é expressa, frequentemente, em termos de direitos que podem ser juridicamente definidos ou de ordem moral²³ (p.108). Por exemplo: no caso do Sistema Único de Saúde

(SUS), cujos princípios são: universalidade, integralidade e equidade, isso deveria significar que todos teriam acesso a um atendimento de saúde de qualidade, onde a pessoa seria tratada como um ser integral, biopsicossocial.

- Avaliação de solidariedade - é provocada cada vez que se colocam problemas relativos à integração social, à qualidade da vida coletiva, cada vez, também, que se manifestam exigências de cooperação, de ajuda mútua, na atividade profissional ou na vida como um todo²³ (p.114). Dependendo do tipo de atividade, pode ser a partir do valor ético de solidariedade que o valor de serviço adquire sentido. É comum que a manifestação de solidariedade circule entre o prestador de serviço e o destinatário, mesmo quando esse elemento não é explicitado²³. No caso do trabalho em uma UTI Neonatal, consideramos que esse valor atravessa a atividade dos técnicos de enfermagem, bem como dos demais profissionais, como uma forma de considerar a situação delicada de saúde dos bebês e também da situação de sofrimento dos pais.
- Avaliação estética – é um misto de avaliação de beleza e de avaliação ética, um misto do belo e do bom. Esses arranjos no universo pessoal, subjetivo de uma pessoa estão ao mesmo tempo, associados a *forma subjetivas de apreço*, que permitem um entendimento em torno dos critérios do belo e do bom, entendimento que toma concretamente as feições de comunidades de estima mais ou menos amplas ²³ (p.116).

Evidentemente que esses quatro tipos de avaliação considerados “não cobrem todos os casos possíveis de definição de valor de serviço, do ponto de vista das consequências. Mas abrangem uma grande gama deles” ²³(p.118).

Com essa abordagem o que Zarifian²³ propõe é que o valor de serviço (e a maneira de apreciar o que vale economicamente uma atividade) encontre e dialogue com os “valores” sociais, no sentido ético e moral do termo, no sentido da racionalidade com relação a valores apontada por Max Weber.

Consideramos que esse diálogo proposto é essencial e que certamente contribuirá para compreender esse tipo de atividade. Contudo, parece-nos que essa abordagem enfatiza mais o efeito de fato, o resultado final do que o processo para obtê-lo ou a relação que se estabelece entre o prestador e o beneficiário.

Ao considerar a abordagem do valor de serviço a partir dos recursos, Zarifian²³ destaca o papel fundamental da competência profissional. E identifica etapas:

- Identificar e conhecer a atividade do cliente-usuário - A competência humana, profissional, se revela, desde o início, decisiva na eficiência de uma produção de serviço, pois é preciso interpretar e compreender as expectativas do cliente-usuário quanto aos resultados a ser gerados²³ (p.120);
- Interpretar e compreender – A competência profissional consiste em construir uma interpretação das consequências a serem produzidas para

o cliente e compreender o sentido que esse dá à transformação que ele deseja na sua atividade, sua expectativa²³;

- Desenvolver as condições da compreensão – A compreensão mobiliza toda a experiência dos empregados de uma empresa, mobiliza também um conhecimento da organização e a competência da retaguarda (back Office)²³;
- Produzir uma solução – “... consiste em *produzir uma solução* a um problema “compreendido”, que se relaciona com a atividade do cliente-usuário, para poder gerar efeitos positivos”²³ (p.130);
- Gerar a transformação – “Não é suficiente que a solução seja intelectualmente elaborada. *Falta ainda efetuar a transformação efetiva das condições de atividade do cliente-usuário*”²³ (p.132).

Nessa abordagem

“... o processo inteiro de produção de serviço pode ser analisado como uma forma de mobilização de um conjunto convergente de competências, no qual a ferramenta tecnológica é o auxiliar e o suporte desse processo. Constatamos também nesse processo, que em inúmeros momentos, o próprio cliente, a partir de sua competência, intervém como um recurso”²³ (p.133).

2.3 | Singularidades da relação de serviço

Na relação de serviço a co-produção opera-se em grande medida na face-a-face prestador/beneficiário. Diferentemente de atividades industriais em que o cliente está fora do processo produtivo ou mesmo das atividades de serviços materiais em que a participação do beneficiário está limitada a uma atividade

informativa, na relação de serviço o beneficiário é o cerne do dispositivo produtivo, sobre um plano temporal e espacial².

Du Tertre² destaca ainda, que essa co-produção desdobra-se em uma relação direta entre os dois atores (ou sistemas de atores), mas de maneira assimétrica. A realidade desta assimetria e do seu modo de representação terá uma incidência forte sobre a subjetividade de cada tipo de ator e sua intersubjetividade, e terá um impacto importante sobre a qualidade dos efeitos úteis do serviço, tal como sobre os meios mobilizados para obtê-lo.

A respeito de relação de serviço e a intersubjetividade a que ela está associada, Du Tertre² sugere que ela se desdobra em cinco registros:

- A informação. Ao lado das informações formalizadas, trocam-se as informações não formalizadas por intermédio do corpo de cada ator mobilizando um ou mais dos cinco sentidos;
- O contrato. Além de contratos formais, a relação engaja as convenções, os sistemas de direitos e deveres implícitos, contribuindo para a instauração de um clima de confiança;
- O social. A compreensão do outro se dá através da representação social de cada ator;
- O técnico e profissional. O beneficiário é conduzido a mobilizar as competências que entram em ressonância com as do prestador, a fim de cooperar com este último;
- O psíquico. A atividade se realiza sob o olhar do outro, no diálogo para o outro, envolvendo uma atividade de transferência e contratransferência.

2.4 | Relação de serviço e desafios atuais

No cenário atual muitos são os desafios em torno das transformações no trabalho. Novas questões emergem relacionadas à intensificação no trabalho, à competência, à saúde, à eficácia e à qualidade do trabalho realizado.

A seguir apresentamos como essas questões se articulam com as especificidades das atividades que envolvem relação de serviço.

2.4.1 | Questões que se colocam à saúde

A relação entre saúde e trabalho nas atividades de serviço representa um universo a ser explorado. É um desafio entender o que está em jogo, quais e como os recursos são mobilizados para realizar a atividade e quais as implicações para a saúde e a vida dos trabalhadores.

Hubault³ propõe que, na relação de serviço a saúde se coloca em termos de recursos disponíveis para agir. Portanto, nesse tipo de atividade a saúde é diretamente relacionada com a eficácia. O autor utiliza o exemplo da relação de cuidado, onde a saúde do cuidador é uma condição do seu “entendimento” com o usuário-cliente-paciente. O corpo do cuidador não é apenas um estatuto de filiação profissional e social, é também um recurso psicofisiológico do qual depende a eficácia do cuidado. Por esse ângulo a saúde do corpo do cuidador

é uma aposta de saúde para os corpos cuidados, e, portanto, da eficácia do sistema de cuidado³.

Outro aspecto que Hubault³ revela, é que o grau de investimento do usuário-cliente-paciente na relação de serviço irá determinar em parte as condições de trabalho do agente. Mas este investimento também depende bastante da saúde do cliente.

Dessa forma, Hubault³ destaca que a relação de serviço requer uma atividade de trabalho onde a subjetividade do trabalhador é reconhecida como essencial e que inspira e supõe um modelo de eficácia renovada, sobretudo na maneira de abordar a saúde. Para ele, a relação de serviço pode colocar questões à saúde sob dois níveis possíveis:

- O da natureza dos recursos individuais e coletivos que são mobilizados. Na relação de serviço, o trabalhador deve compreender a demanda e responder. É uma “atividade de pensamento”, de imaginação e de criação, que exige sua implicação e participação e, portanto, supõe sua autonomia. Dessa forma as condições de trabalho devem ser concebidas como as condições que ajudam a pensar, a se implicar, a se comprometer, como um dispositivo organizacional, que combina de maneira original as dimensões materiais (ruído, visibilidade, viagens, etc.), cognitivas (formação, informação, tratamento, etc.) e subjetivas (significado, responsabilidade, reconhecimento, ética);

- E o do grau de re/conhecimento prático que tem a organização concreta. As condições de trabalho só podem ser corretamente dimensionadas e articuladas se a organização tem clareza sobre essa relação de serviço. Complementando: se determina suficientemente o que espera no âmbito das suas finalidades (objetivos econômicos) e reconhece a importância que o trabalho tem nesse contexto, em que cabe ao trabalhador lidar/se defrontar com as tensões que são próprias da relação de serviço.

Para equipar e profissionalizar a gestão sobre a relação saúde/trabalho nas atividades que envolvem relação de serviço, Hubault³ sugere três direções:

- Uma das chaves para melhorar as condições de trabalho nas atividades que envolvem relação de serviço é tornar objetivas as representações dos gestores. É preciso explicitar os modos de ver, as idéias que inspiram os quadros na sua atividade concreta de projetista, gestor, organizador, para podermos confrontar os responsáveis em suas próprias dificuldades e assim, convergir com eles na busca de soluções operacionais;
- Refinar o conhecimento dos processos que levam ao esgotamento. O esgotamento dos trabalhadores pode tanto resultar dos esforços comprometidos para responder ao cliente-usuário-paciente quanto do esgotamento das soluções disponíveis para atendê-lo. A relação dessas formas de esgotamento concentra a dialética saúde-eficácia que sustenta a dinâmica de todo o trabalho, mas manifesta-se aqui de uma forma mais sensível por causa dos custos econômicos e humanos que a tornam mais legível.

- Os danos à saúde no domínio da relação de serviço são mais comumente subclínicos, e quando se tornam clinicamente observáveis aparecem como formas já avançadas de degradação. Sendo assim, é preciso documentar um sistema de informação para permitir aos diferentes responsáveis na empresa, mas também às estruturas envolvidas com a saúde dos trabalhadores, de monitorar os fatores de risco e prevenir as degradações.

Já Du Tertre² destaca que, atualmente, nas relações de serviço, os novos desafios à saúde dos trabalhadores estão em torno da intensificação do trabalho e das exigências da qualidade.

Para o autor, o processo de arbitragem entre os objetivos fixados pela hierarquia, a especificidade da demanda do beneficiário (com sua presença corporal, com a dinâmica subjetiva daí emergente) e a própria representação que o trabalhador constrói de sua missão é o coração da dinâmica dos serviços, o qual não é sem consequências para a saúde dos trabalhadores. Neste sentido os trabalhadores são levados a assumir os 'eventos'^{**25}, co-substanciais às atividades de serviço para lidar com as situações em sua heterogeneidade².

^{**}Evento, assim como comunicação e serviço são conceitos chaves utilizados por P. Zarifian em sua obra para tratar das transformações atuais no mundo do trabalho. Evento pode ser entendido como o que ocorre de maneira parcialmente imprevista, indicando que "a competência profissional não pode mais ser enclausurada em definições prévias de tarefas a executar"²⁴ (p. 42).

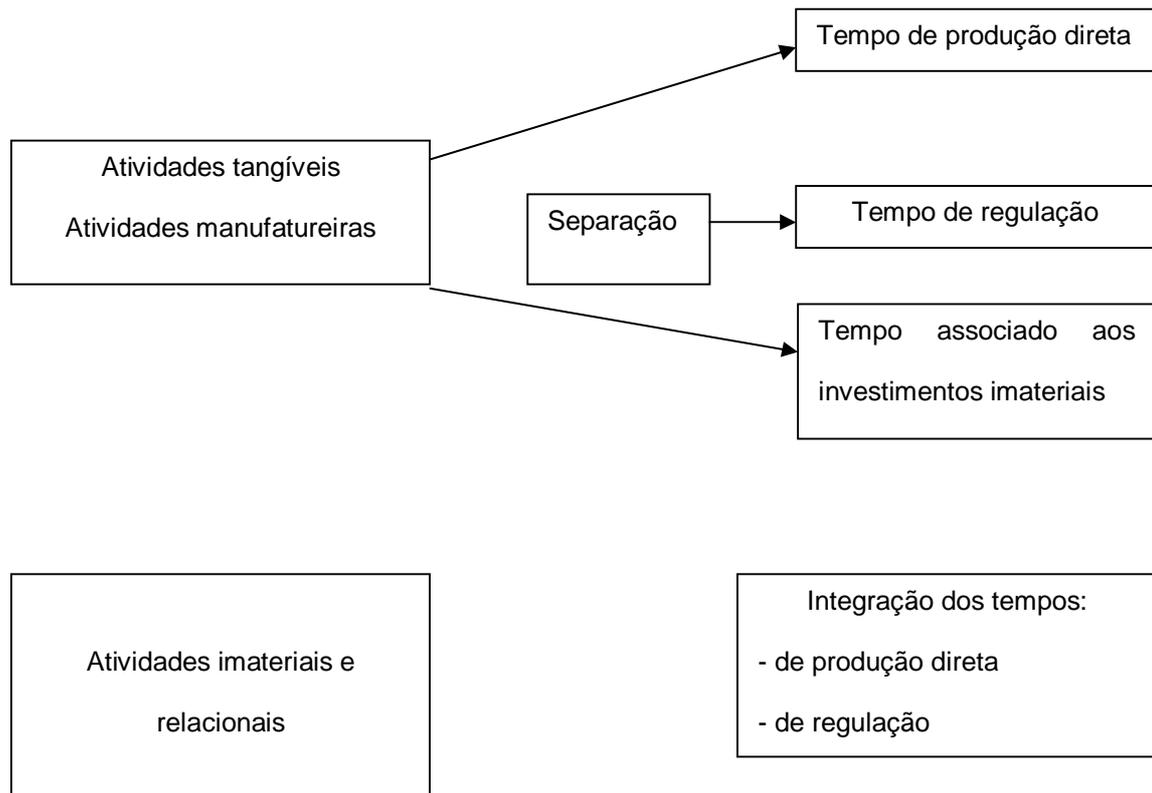
Para tratar da intensificação no trabalho e a saúde, Du Tertre² utiliza um estatuto econômico do tempo de trabalho, o qual denomina “composição orgânica dos tempos de trabalho”. Tal composição é a combinação entre o tempo de produção direta, o tempo de regulação e o tempo associado aos investimentos imateriais².

Os dispositivos de regulação permitem produzir as referências úteis para a ação, pois são elaboradas coletivamente sobre a base do trabalho real sob as exigências dos objetivos². São os pontos de apoio para fazer a distinção entre as falhas e a defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real ou para identificar a origem das falhas.

Os tempos reservados aos investimentos imateriais podem envolver as reflexões sobre a relevância da organização e as inovações a desenvolver, bem como o tempo destinado à profissionalização pela formação. Esses tempos reforçam as competências dos trabalhadores e ajuda-os a assumir a sua missão em situação de face-a-face².

Nas atividades manufatureiras ou serviços tangíveis existe uma separação na combinação do tempo de produção direta, com o tempo de regulação e o tempo associado aos investimentos materiais. Mas nas atividades imateriais e relacionais, isso se dá de forma diferente, há certa integração desses três tipos de tempo.

Esquema 1: A composição orgânica dos tempos de trabalho²



Nesse contexto, o modo de identificação e gestão desses ‘tempos aparentemente conexos’, isto é, dos tempos de regulação e dos tempos associados aos investimentos imateriais, afetam a capacidade dos trabalhadores de assumir a produção direta e os esforços que ela lhe demanda². Vemos assim, que na relação de serviço quando esses tempos não são bem geridos comprometem os recursos disponíveis para agir, o que repercute na eficácia e na saúde dos trabalhadores.

Nas atividades imateriais e relacionais é cada vez mais difícil estabelecer com precisão o tempo de trabalho e o tempo fora do trabalho, a intersubjetividade associada à relação de serviço mobiliza radicalmente a subjetividade do

trabalhador². Quanto mais o tempo de trabalho tem a tendência de invadir a esfera da vida privada maiores são os efeitos da incidência da composição orgânica do trabalho sobre a intensidade do trabalho e a saúde.

Segundo essa perspectiva, o trabalho de elaboração, de resolução de problemas, continua fora do local de trabalho, fora das horas reconhecidas como pertencentes ao trabalho. O trabalhador carrega com ele o seu trabalho, suas dificuldades relacionais, sonha, pensa, etc. e isto tanto mais quanto os processos de regulação forem mal assegurados ou os investimentos imateriais forem pouco assumidos pela empresa.

2.4.2 | Sobre a qualidade do serviço prestado

Para atender a um mercado cada vez mais complexo e competitivo as exigências em torno da qualidade do serviço também são cada vez maiores. Entretanto, consideramos que primeiramente precisamos conhecer um pouco mais sobre essa questão e que tipo de implicação, essas exigências podem gerar para a atividade e a saúde.

Du Tertre² destaca que nas atividades manufatureiras é sempre possível voltar sobre a saída (output) e melhorar a sua qualidade, corrigir os seus atributos a fim de que correspondam às normas. Isso contrasta com os serviços, que são realizados em tempo real, sem estoques intermediários, nem finais e tem uma qualidade que não pode ser corrigida².

É possível, a necessidade de compensar as qualidades consideradas insuficientes, que estão muito distantes das expectativas dos beneficiários, mas os efeitos iniciais do serviço sobre o beneficiário estão lá e sua compensação envolve sempre, a realização de um novo serviço, uma nova relação de face-a-face².

Esses processos de arbitragem conduzem assim, a uma qualidade do serviço prestado que não é homogênea, de um beneficiário a outro, de uma organização a outra, de um lugar a outro, de um momento a outro². Assim sendo, na relação de serviço a qualidade não é estável.

Du Tertre² aponta que a instabilidade da qualidade leva os trabalhadores e trabalhadoras a se questionarem constantemente sobre a noção de 'trabalho bem feito', sobre a sua parte de responsabilidade quanto à distância que aparece entre as expectativas dos beneficiários e sua percepção dos efeitos úteis do serviço realizado e sobre as possibilidades de fazer evoluir a prestação. Esta questão entra em conflito ou em ressonância com a interpretação desta instabilidade da qualidade que opera a gestão. De acordo com a forma que a hierarquia da empresa interpreta a distância entre o serviço genérico (este que ela concebeu) e o serviço real como um disfuncionamento ou como uma defasagem, co-substancial para o tipo de atividade envolvida, os trabalhadores se encontram desestabilizados ou ao contrário reconhecidos e acompanhados. A interpretação em termos de disfuncionamento leva a culpabilização dos trabalhadores considerados como responsáveis por não seguir a prescrição de maneira suficientemente precisa. Já, a interpretação em

termos de defasagem refere-se a uma reflexão sobre a avaliação da qualidade, sobre os recursos necessários a mobilizar para lidar com os eventos, sobre em uma possibilidade de valorizar estes eventos através da inovação².

2.5 | Sobre a competência

A concepção de trabalho que surgiu com o capitalismo industrial instaurou uma separação entre dois objetos: trabalho e trabalhador e depois buscou reuni-los. “E o local preciso desta reunião é o *posto de trabalho*”²⁴ (p.38). A noção de qualificação se encaixa nesse modelo, onde se buscou qualificar os postos, por definição e hierarquização, sobre uma base de análise dita “do trabalho”, das tarefas a efetuar para ocupar esses postos²⁴.

O processo crescente de complexificação das formas de trabalho e atividade, que vem ocorrendo nas últimas décadas, exige novas atribuições e mobilizações aos trabalhadores e trabalhadoras. Nesse processo há a passagem da noção de qualificação à de competência^{47, 24}. Para Schwartz⁴⁷, “com a noção de competência, nos damos conta de que uma definição *daquilo que uma pessoa coloca em ação* no trabalho não pode mais relacionar ou se restringir ao posto de trabalho (...) uma herança do tempo do taylorismo” (p.207).

Segundo Schwartz⁴⁷, é difícil definir a noção de competência ajustada a uma situação de trabalho, uma vez que “os limites de uma situação de trabalho não são jamais descritíveis, eles são imprecisos”. Da mesma forma, se for se tentar

detectar competências numa situação de trabalho, considerando certa atividade, também nos deparamos com algo sempre indefinível, na medida em que ela é sempre micro “re-criadora”, “um encontro de encontros”, um *encontro de singularidades*, de variabilidades a gerir. Portanto, na perspectiva ergológica,

“a competência industriosa é uma combinatória problemática de ingredientes heterogêneos que não podem ser avaliados nos mesmos moldes, e muito menos ainda quando ela inclui uma dimensão de valor, uma vez que ninguém dispõe de uma escala absoluta de avaliação dos valores”⁴⁸.

Em seu entendimento, existem diferentes elementos presentes na noção de competência e que não se articulam facilmente, pois se trata de dimensões da experiência humana que são de certa forma, incomensuráveis e que não podem ser comparadas. Para o ‘agir em competência’ é necessário a combinação, em diferentes medidas e proporções, de certo número destes elementos heterogêneos, que ele irá chamar de ‘ingredientes’.

O primeiro ingrediente refere-se ao aspecto do domínio do protocolo em uma situação de trabalho, “... ou seja, os saberes científicos, técnicos, de ordem econômica, gestonária, jurídica, linguística, toda uma série de códigos, de saberes, de ingredientes que enquadram uma situação”⁴⁷ (p.210); “(...) trata-se sempre de saberes identificáveis e anteriormente armazenados”⁴⁸. Este ingrediente corresponde à capacidade de gerir as normas antecedentes presentes em toda atividade de trabalho, sua dimensão prescrita, antecipável e apreendida de maneira formal. Ele se opõe ao ingrediente seguinte, “na medida em que ele supõe um *descentramento* ou uma descontextualização da

pessoa à sua situação, em relação à sua vida, em relação a seus desejos”⁴⁷
(p.210).

O segundo ingrediente de uma competência refere-se à “(...) capacidade de deixar apropriar – quase ser impregnado – pela dimensão singular da situação, pelo histórico, pela dimensão de “encontro de encontros” ⁴⁷(p.210). Diz respeito à relativa incorporação do histórico de uma situação de trabalho e à ressingularização em relação às normas antecedentes. É o ingrediente mobilizado frente às variabilidades das situações de trabalho, não previstas no protocolo, não antecipáveis e fruto de um aprendizado e de uma inteligência do corpo. Para este ingrediente, ser competente “equivale a ter-se ‘imbuído’, num grau mais ou menos forte, dessa historicidade que a dimensão conceitual, pelo menos num primeiro momento ignora” ⁴⁸.

Este tipo de competência prática é difícil de ser verbalizada ou transmitida, porque é adquirida a partir da experiência histórica. Sua utilização envolve direta e completamente o corpo de quem trabalha, caracterizando-se como “competências incorporadas” e pela “onipresença de um corpo, de um ‘corporsi’, nas circunstâncias de uma gestão eficiente das situações” ⁴⁸.

O terceiro ingrediente é a capacidade e a propensão variáveis para estabelecer uma dialética ou uma consonância entre os dois primeiros ingredientes, buscando articular a face protocolar (ou das normas antecedentes) e a face singular de cada situação de trabalho. Para o autor, atualmente este ingrediente é particularmente requerido no setor de serviços, sobretudo nas

relações face-a-face entre um usuário-cliente e um agente representando um organismo: o diálogo ata-se através de normas, regulamentos, procedimentos codificados. Vemos, então, o quanto é delicada essa negociação que, na *hora*, deve operar ajustamentos felizes entre o singular – a pessoa e seu pedido – e essas definições regulamentadas de casos^{47,48}.

O quarto ingrediente de uma competência trata do “debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade”⁴⁷(p.215). Está relacionado às possibilidades de ‘recentramento do meio’ por parte de quem trabalha, ou seja, o quanto o meio de trabalho possibilita, estimula ou desestimula a expressão dos valores daqueles que trabalham e o “armazenamento na forma de patrimônio” dos modos eficientes construídos coletivamente para se realizar o trabalho. Assim, este ingrediente fala das condições para a eficiência progredir nos meios de trabalho, a partir do que ele oferece em termos de espaço de renormatizações, de resingularização, de recentramentos parciais, ínfimos ou visíveis⁴⁸.

O quinto ingrediente de uma competência corresponde à “ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente”⁴⁷(p.219). Considera que se o meio de trabalho tem valor para quem trabalha, se o tem como seu meio, isso favorece o pôr em sinergia dos demais ingredientes da competência.

O último ingrediente é o que Schwartz⁴⁸ chama de “qualidade sinérgica”: uma competência do coletivo de trabalho em constituir equilíbrios variados e

complementares de ingredientes, conforme o tipo e o nível da tarefa ou da missão a ser realizada.

Para ele

“todas as riquezas do corpo, da inteligência, da cultura que, de algum modo nutrem e alimentam esses diferentes ingredientes, devem ser postas em comunicação em todo o instante no trabalho e é daí que se diz que, enfim, a atividade humana é algo extraordinário”⁴⁷ (p.222).

Sobre a competência, Zarifian¹⁹ traz à tona a questão da importância de reconhecer e identificar a competência de serviço, como uma competência profissional. A competência de serviço representa “uma abertura e uma transformação interna dos ofícios já existentes”¹⁹(p.89). Segundo o autor não é pedir a um técnico para ser outra coisa além disso, *mas para o ser de uma forma diferente*.

Desenvolver a competência de serviço “é se perguntar e saber que impacto terão, direta e indiretamente, sobre a maneira como o produto (o bem ou o serviço) que se realiza beneficiará *utilmente* os destinatários”¹⁹ (p.89). É

“também mostrar nas suas relações com os outros, civilidade, isto é, atenção, respeito e generosidade em relação ao próximo. Mas é também se de esperar a recíproca. O serviço não é unilateral: comporta sempre uma certa negociação, de reciprocidade e de compromisso”¹⁹ (p.90).

As atividades de serviço são marcadas pela história do trabalho das mulheres. Muitas atividades como, cuidar, servir, atender, educar representam atribuições que são feitas às mulheres, mesmo antes de serem realizadas em espaços profissionais e públicos. As características necessárias para desenvolver tais ações, ainda hoje, muitas vezes são consideradas, como algo natural das mulheres e por isso, desprovidas de tecnicidade. Isto é visível no trabalho das

auxiliares / técnicas de enfermagem que, como referido anteriormente, é considerado simples. “O reconhecimento da profissionalidade das atividades de serviços é também uma maneira de pôr em jogo, mais globalmente (e para os dois sexos), a importância da competência de serviço”¹⁹ (p.90).

Capítulo 3 | O trabalho da enfermagem

3.1 | Uma breve história sobre a enfermagem

A seguir apresentaremos apenas alguns pontos sobre a história da construção da profissão da enfermagem, em seus diferentes níveis. Pontos estes, que consideramos pertinentes para um maior entendimento das normas antecedentes^{33, 34} dessas categorias profissionais, sobretudo do auxiliar e do técnico de enfermagem.

Enfermagem, literalmente significa tratar de pessoas enfermas. Em seus primórdios, a enfermagem teve um cunho essencialmente prático, apoiava-se em bases empíricas e a atividade de cuidar do enfermo poderia ser exercida por religiosos, curandeiros, voluntários leigos⁴⁹. Até então, não era considerada uma profissão.

O hospital, como destaca Foucault ⁵⁰ (p.101), até o século XVIII também não tinha uma função de curar e sim assistir material e espiritualmente a pessoa que estava morrendo. Era essencialmente um local de assistência ao pobre, como também de separação e exclusão.

“E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a vida eterna”⁵⁰ (p.102).

Nessa época, a função médica ainda não aparecia nesse espaço. A prática médica era profundamente individualista e a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico⁵⁰. Ao que tudo indica, médicos e

enfermeiros atuavam de forma independente. Porém, no século XVIII, quando se buscou anular os efeitos negativos do hospital, purificando-o dos efeitos nocivos que a desordem lhe acarretava, a sua organização veio com a medicalização. Através de práticas disciplinares os médicos promoveram a “disciplinarização do espaço hospitalar”⁵⁰ (p.107) mas também a transformação do saber e da prática médica. Definem assim uma hierarquização marcada pelas relações de poder frente aos demais profissionais que perdura até os dias atuais.

Somente em meados do século XIX, na Inglaterra, que a enfermagem passa a ser reconhecida como profissão quando Florence Nightingale^{††} estruturou o modelo de assistência, depois de ter atuado no cuidado de soldados durante a guerra da Criméia (1854-56). A então jovem da aristocracia inglesa tinha se dedicado a estudar os sistemas hospitalares em suas viagens pela Europa e Egito. E durante a guerra recebeu a tarefa de supervisionar a introdução de enfermeiras nos hospitais militares ingleses na Turquia. Ela constatou que devido à falta de condições sanitárias, os soldados tinham sete vezes mais chances de morrer de uma doença contraída no hospital do que nos campos de batalha. Então, por seu conhecimento matemático, coletou dados para o cálculo das taxas de mortalidade nos hospitais e os utilizou como uma ferramenta para melhorar as condições dos hospitais civis e militares. Em seu trabalho ela enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e fazer julgamentos sobre as situações feitas. Ela utilizou as leis da ciência

^{††} Maiores informações sobre Florence Nightingale disponíveis no site que contém sua biografia: <http://www.pucrs.br/famat/statweb/historia/daestatistica/biografias/Nightingale.htm>

biológica para explicar princípios científicos e sistematizar técnicas, as quais foram a primeira expressão do saber da enfermagem⁴⁹.

Durante a Revolução Industrial na Inglaterra houve um aumento da população urbana e da classe pobre, o que gerou também uma maior atividade nos hospitais. Então, tornou-se necessário formar mão de obra de enfermagem para dar conta dessa demanda. Segundo Lamy Filho⁵¹ é nesse momento que surgem as primeiras escolas de enfermagem, entre as quais se destacou a Escola do Hospital São Thomas, que foi criada e dirigida por Florence Nightingale.

“A Escola de Nightingale, formava dois tipos de alunas, socialmente distintos: as *ladies-nurses*, provenientes de famílias de classe alta, aptas a custear seus próprios estudos, destinando-se a tarefas de supervisão, ensino e difusão de princípios nightingalianos da enfermagem e as *nurses*, de nível sócio-econômico inferior, recebendo ensino gratuito, devendo, porém, prestar serviços no hospital, durante, pelo menos, um ano após o curso”⁵¹ (p.12).

Cabia às chamadas *nurses* realizar o cuidado direto aos pacientes. Vemos assim, que a formação de auxiliares de enfermagem esteve presente desde o início da formação das enfermeiras, bem como a divisão social sempre esteve bem marcada.

Santos⁵² considera que Florence Nightingale (1820-1910) é um ícone na história da enfermagem e que o seu legado foi importante para o surgimento da profissão em escala mundial. Entretanto, destaca como fundamentais para o desenvolvimento da profissão as

“frequentes relações e associações entre propagadoras dos novos preceitos e das práticas do cuidar, que, na passagem do velho ao novo mundo, transformavam-se e adaptavam-se aos novos cenários, desafiando, mas também incorporando, antigas crenças e rotinas na assistência ao enfermo”⁵² (p.14).

A partir disso, a enfermagem gradativamente tem tentado desenvolver e utilizar métodos organizados para o cuidado. Com sua bagagem de “técnicas de intervenção social” tem contribuído com os saberes institucionalizados, como por exemplo: a promoção da saúde materno-infantil e o desenvolvimento da educação em saúde⁵³.

No Brasil, a enfermagem começa a conquistar e a consolidar seu espaço de ação e controle a partir das primeiras décadas do século XX, sobretudo no espaço da Saúde Pública⁵³. As grandes endemias (peste bubônica, varíola, febre amarela), que apareceram na década de 20, acometeram principalmente os trabalhadores dos portos e isto passou a representar um entrave para o comércio internacional⁵⁴. Assim sendo, as ações e atividades governamentais no campo da saúde direcionaram-se para a saúde pública, o que exigiu também uma melhor formação do pessoal de enfermagem. O modelo sanitário centralizado que estava sendo implantado na época teve forte influência da estrutura norte-americana de atenção à saúde, através da Fundação Rockefeller^{55,53}. Aqui, a enfermagem desenvolveu-se sob uma ideologia do profissionalismo em Saúde Pública⁵³.

“Apesar da subordinação de gênero, foi no campo emergente das profissões que a mulher pôde afirmar-se fora do circuito maternal, familiar ou doméstico”⁵³ (p.39). Mas para que esta ocupação denominada feminina conquistasse seu espaço entre as profissões de saúde, precisou inicialmente “evidenciar sua distinção em relação a todos os demais exercentes de enfermagem que, no

entanto, há tempos haviam tomado posição no campo (freiras, enfermeiros militares, práticos em geral)⁵⁶(p.481). Aos poucos as enfermeiras foram conquistando espaços de autonomia e consagraram-se como mestras do cuidar e imprescindíveis nas atividades de prevenção⁵³.

Em 1923 é criada no Rio de Janeiro, através do Decreto nº 16.300, a primeira escola de enfermagem do Brasil, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde^{‡‡}. Posteriormente, em 1926, esta passa a ser denominada Escola de Enfermeiras Dona Ana Néri^{§§}. Em pouco tempo ficou evidente a necessidade de pessoal auxiliar e coube às enfermeiras Ana Néri a tarefa de preparar o auxiliar de enfermagem⁵⁴, ainda que, de certa forma informalmente.

Na década de 40, durante o Governo Dutra houve a mudança do modelo de saúde pública para o modelo hospitalocêntrico. E a escassez de pessoal de enfermagem que já comprometia as ações desenvolvidas no âmbito da saúde pública, fica evidente também dentro dos hospitais, onde os pacientes eram assistidos majoritariamente por leigos⁵⁷ (p.563).

Tal situação gerou um dilema para as enfermeiras diplomadas, que de certa forma ainda brigavam para consolidar a profissão. Havia uma urgência em ampliar o quadro de pessoal de enfermagem, mas, ao mesmo tempo, as diretoras de escolas de enfermagem não queriam que isso produzisse abalos à

^{‡‡} Informações disponíveis no site da Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ: <http://www.eean.ufrj.br/sobre/sobre.htm>. Acesso em 26/04/2011.

^{§§} Atualmente é denominada Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

qualidade da formação das enfermeiras⁵⁷. Por um lado, tentava-se desenvolver a enfermagem no país, buscando formar excelentes enfermeiras, por outro, havia a urgência de preparar pelos meios mais rápidos o maior número de pessoal para atender a demanda dos hospitais e demais serviços de saúde. Não foi apenas uma briga do qualitativo contra o quantitativo, representou também uma tentativa de preservar as conquistas profissionais da enfermagem.

De acordo com Santos *et al*,

“as enfermeiras americanas que voltaram ao Brasil em função da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), chegaram com uma proposta alternativa de preparação de pessoal de enfermagem e que esta proposta foi em princípio mal vista pelas enfermeiras brasileiras”⁵⁷ (p.565).

Em agosto de 1949 é sancionada a lei nº 775, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e oficializa o curso de auxiliar de enfermagem. De acordo com essa lei, o ensino de enfermagem compreendia dois cursos ordinários:

- O curso de enfermagem, com duração de trinta e seis meses e exigência de conclusão do curso secundário;
- E o curso de auxiliar de enfermagem, com duração de dezoito meses e exigência de conclusão do curso primário.

Essa oficialização do curso de auxiliar de enfermagem foi resultado de um jogo de forças internas e externas à categoria de enfermagem. Como havia uma carência enorme de pessoal para cuidar dos enfermos, o governo pressionou, o SESP pressionou, até mesmo realizando cursos preparatórios de leigos para

o trabalho de enfermagem e os médicos que desejavam esse pessoal menos preparado e que a ele fossem subordinados⁵⁷.

Na época da oficialização a forma que as enfermeiras diplomadas encontraram para tentar demarcar mais o seu espaço foi denominar esse “novo” profissional de auxiliar de enfermagem. A formação do auxiliar tinha o mínimo possível de matérias teóricas e era mais voltada para a prática, tanto elementar como a especialidade e as aulas eram ministradas em locais diferentes das aulas das enfermeiras⁵⁷. Delimitava-se assim, de forma bem clara a estrutura hierárquica e até mesmo os espaços que cada um deveria ocupar.

Segundo Bartmann⁵⁴, na década de 60 houve a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961²³, que entre outras coisas classificou as Escolas de Auxiliar de Enfermagem como sendo de nível médio e criou escolas médias de enfermagem acessíveis aos portadores do então curso ginasial. Surge assim, o curso técnico de enfermagem e a partir disso a enfermagem passa a ter três níveis profissionais.

Entretanto, a simples publicação da lei não foi o suficiente para assegurar a elevação do nível de escolaridade do auxiliar de enfermagem. De acordo com Bartmann⁵⁴, na década de 70 o Conselho Federal de Enfermagem chegou a emitir o parecer 2.713/74 esclarecendo que apesar de que a formação do auxiliar de enfermagem devesse corresponder ao nível médio, em caráter transitório, face às condições regionais ou locais e para atender às exigências do mercado de trabalho, poderia ser realizada em nível de 1º grau.

No decorrer da história, o cenário nacional passou por uma mudança paradigmática no modo de produzir saúde, que começou na década de 70 com a Reforma Sanitária e culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80. Desde então, como apontam Castilho *et al*⁵⁸, a atuação do enfermeiro tem sofrido mudanças

“em função das necessidades dos serviços de saúde, determinadas por suas políticas, com o afastamento gradativo desse profissional em relação ao cuidado direto ao paciente, e sua inserção gradativa nas atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade no cotidiano do trabalho”⁵⁸ (p. 281).

O cuidado direto ao paciente cada vez mais é desempenhado pelos profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental.

Apesar de todos os avanços e as conquistas da enfermagem, em termos de regulamentação da profissão, na prática, na década de 90 o número de trabalhadores realizando ações próprias da enfermagem sem a habilitação técnica profissional ainda representava uma quantidade expressiva. Do mesmo modo encontravam-se trabalhadores sem escolaridade básica e de baixa renda, o que impedia ou dificultava o acesso aos cursos de formação profissional ofertados pelo mercado de trabalho.

Então, o Ministério da Saúde resolveu melhorar a qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde à população e regularizar a inserção desses trabalhadores no mercado de trabalho. E entre 1999 e 2000 formulou e implementou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de

Enfermagem (Profªe)^{***}. Espera-se com isso atingir todos os trabalhadores para que sejam profissionalizados e no mínimo se tornem auxiliares de enfermagem.

Apesar da escala hierárquica da enfermagem, na prática em geral, os auxiliares de enfermagem e os técnicos desenvolvem o mesmo tipo de atividades. Até mesmo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) o técnico e o auxiliar aparecem com a mesma descrição sumária, apenas o título difere. Nos hospitais públicos a diferença no nível de formação entre técnicos e auxiliares de enfermagem pode significar uma pequena, a ponto de ser insignificante, diferença na remuneração.

No Brasil, este país com dimensões continentais e realidades tão distintas, tem um universo onde trabalhadores precisam tanto de uma formação profissional quanto de uma formação básica. Mas, em função das dificuldades de inserção no mercado de trabalho, é possível encontrar também profissionais superqualificados, com graduação e às vezes até pós-graduação, exercendo a função de auxiliares ou de técnicos de enfermagem.

Em meio a todas as tensões dentro da enfermagem que envolve a própria existência dos profissionais de nível médio e fundamental, eles acabam por representar a maioria, cerca de 86% do total (ver quadro 1) .

^{***} Informações sobre o PROFAE estão disponíveis no site do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26827

Quadro 1 : Número de profissionais de enfermagem no Brasil no ano de 2009^{†††}

Categoria profissional	Nº de profissionais no Brasil	Nº de profissionais no estado do Rio de Janeiro	% de profissionais no estado do Rio de Janeiro
Auxiliar de enfermagem	598.273	70.176	47,1%
Técnico de enfermagem	466.985	59.655	40,1%
Enfermeiro	178.546	19.029	12,8%

3.2 | Questões atuais da enfermagem

O trabalho da enfermagem é comumente caracterizado pelos seus aspectos técnicos (ministrar os medicamentos, verificar os sinais vitais, anotar as observações sobre o paciente, etc.) e pelos aspectos ligados à relação com o paciente^{59,15,60}. De acordo com Seifert e Messing⁵⁹, os cuidados da enfermagem são, antes de tudo, de natureza relacional e desta forma necessitam de tempo e certa continuidade na presença junto aos pacientes e seus familiares. Embora os dois aspectos pareçam essenciais, Seifert e Messing⁵⁹ destacam que diante de condições inadequadas de trabalho, que dificultam o desenvolvimento do aspecto relacional, os profissionais acabam privilegiando a realização da tarefa prescrita sobre os aspectos compressíveis,

^{†††} Fonte: IDB Brasil 2009, que está disponível no seguinte endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>

como o tempo relacional. Contudo, esta estratégia leva a um paradoxo porque eles encontrariam satisfação no trabalho justamente na relação com o paciente, e se ela é dificultada pelas condições de trabalho isto conduziria a perda de sentido no trabalho, podendo ter impacto sobre o nível de fadiga e de frustração destas trabalhadoras⁵⁹.

Osório¹⁵ aponta que, os profissionais de enfermagem, diante da “falta de tempo” para cumprir todas as tarefas, passam a desenvolver o trabalho de modo mecânico ou emergencial. Para ganhar tempo, realizam o parcelamento da tarefa, porém desta forma o trabalho perde muito do significado que poderia ter com o atendimento integral a cada paciente pelo mesmo profissional¹⁵.

No contexto atual da saúde, seja por conta das exigências da organização do trabalho ou pelas condições de trabalho disponíveis, os aspectos técnicos do trabalho da enfermagem têm sido privilegiados sobre os aspectos relacionais. É fato que eles são mais facilmente mensuráveis pelas avaliações gerenciais. Já a dimensão relacional dos cuidados, como aponta Molinier⁶⁰ (p.7), não se avalia pelos métodos de gestão atuais, ela parece resistir a uma análise em termos de saber-fazer ou de habilidades. A autora destaca ainda que o aspecto relacional se define mais facilmente na esfera do não-trabalho, um gesto direcionado ao paciente não é considerado como um esforço laborioso e sim como uma atenção não calculada, um *dom de si*, características que remetem sempre à natureza feminina.

A pesquisa realizada por Masson¹⁴ com auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de grande porte da rede pública do município do Rio de Janeiro, obteve como um dos resultados: a percepção de que as competências chamadas “relacionais” são fortemente mobilizadas e utilizadas de maneira importante durante suas atividades – especialmente na relação com os pacientes / usuários (bebês) e sua família –, fazendo com que o processo de invisibilização/ não reconhecimento-julgamento seja nocivo para a saúde destas trabalhadoras.

Acreditamos que a *invisibilidade/não* reconhecimento da dimensão relacional da atividade dos profissionais de enfermagem ocorre principalmente por conta da histórica divisão sexual e social do trabalho em nossa sociedade, gerando uma subvalorização e mesmo a valoração negativa de um coletivo profissional quase inteiramente feminino, em princípio pouco escolarizado/qualificado formalmente.

A participação nas políticas públicas, como a de Humanização, e nos programas daí decorrentes, provocaram mudanças nos processos de trabalho, com novas atribuições aos trabalhadores, e em certa medida aos pacientes/usuários. As transformações estão relacionadas tanto ao aumento das exigências dos aspectos técnicos do trabalho, quanto dos aspectos relacionais, onde cada vez mais é solicitada uma “co-participação” dos familiares. Podemos perceber que a relação de serviço dos técnicos e auxiliares de enfermagem com os bebês e seus familiares, bem como com os demais profissionais é repleta de desafios para a saúde.

O trabalho apresenta múltiplas dimensões em sua relação com a saúde. Diante deste cenário complexo e em constante transformação, entendemos que considerar as especificidades da relação de serviço e os desafios que colocam à saúde possa contribuir para ampliar o olhar sobre estas articulações.

Capítulo 4 | As mudanças no olhar sobre os cuidados aos bebês

Até meados do século XIX, na cultura ocidental as crianças eram ignoradas pelos médicos e não existiam instituições que se dedicassem aos seus cuidados, desta forma as taxas de mortalidade infantil eram muito altas, principalmente entre os recém-nascidos prematuros⁶¹.

Os primeiros cuidados com os bebês prematuros começaram na França, com o surgimento da primeira incubadora, desenvolvida pelo obstetra Étienne Stéphane Tarnier em 1881. Ela era feita de madeira grossa, revestida de serragem, com uma tampa de vidro duplo e a parte inferior era um grande tanque de água quente⁶². A utilização dessa incubadora, que foi inspirada na incubadora usada no Zoológico de Paris para chocar aves exóticas, aumentou a taxa de sobrevivência de bebês com menos de 2 quilos de 35 para 62%.

O obstetra Pierre Budin, que foi discípulo de Tarnier, também estendeu sua preocupação com os recém-nascidos para além das salas de parto. Ele valorizava o vínculo mãe-bebê e recomendava o leite materno⁶³(p. 36). Com seu trabalho aperfeiçoou a incubadora e desenvolveu princípios e métodos que formaram a base da Neonatologia⁶¹.

Nos primeiros berçários dos Estados Unidos, os médicos e enfermeiras, buscaram resgatar alguns preceitos de Budin, como encorajar a presença da mãe e a produção de leite materno⁶³. Entretanto, a alta mortalidade dos bebês aumentou a preocupação com o controle de infecção, o que levou a um isolamento rigoroso dos pacientes⁶³. Segundo Lamy⁶³, as mães foram

impedidas de realizar os cuidados nos bebês, os quais ficaram como responsabilidade das enfermeiras treinadas. O manuseio da criança era o mínimo possível. Os pais só podiam ver seus filhos através de visores. Eram somente as enfermeiras que tinham acesso aos bebês. Até mesmo para os médicos o acesso era restrito.

“No início dos anos 60, ocorreram as mudanças que deram impulso para o novo desenho das Unidades Neonatais. O ambiente cheio de divisórias, onde ficavam poucos prematuros e onde as atitudes visavam o seu conforto, foi transformado. E assim, a sala de atendimento aos prematuros, se transformou na UTI Neonatal, um ambiente sem divisórias, com luzes intensas para que os bebês fossem melhor visualizados. A cor das paredes deveria ser neutra, para não interferir na avaliação da palidez, cianose e icterícia”⁶³ (p.39).

Na década de 70, embora cada vez mais houvesse uma diminuição na taxa de mortalidade dos bebês o

“prognóstico de longo prazo, especialmente dos prematuros de muito baixo peso, começou a ser motivo de preocupação. Muitas destas crianças eram negligenciadas por suas famílias e necessitavam constantemente de reinternações”⁶³(p.39).

Foram estudos como os de Klaus e Kennell⁶⁴, sobre os efeitos da separação da mãe e do bebê que reconheceram a prematuridade e o afastamento do bebê imposto à família, como fatores de risco para atraso do desenvolvimento, sequelas neurológicas e problemas na formação do apego. Paralelo a isso, os avanços da epidemiologia e do controle de doenças infecciosas contribuíram para mudar práticas, há muito tempo estabelecidas nos berçários, como a proibição da presença das mães⁶³.

Nas últimas décadas, um dos marcos na atenção ao recém-nascido foi a implantação das modernas unidades de terapia intensiva neonatal, o que tem repercutido na redução da morbi-mortalidade neonatal especialmente entre os prematuros extremos e de muito baixo peso ao nascer⁶⁵. Este tipo de unidade

tem a necessidade de diferentes categorias profissionais altamente especializadas e é cada vez mais freqüente a presença dos pais. Tudo isso “faz com que homens e máquinas, profissionais e famílias, convivam e se relacionem nesse confuso e complexo ambiente”⁶³ (p.2).

Todas essas mudanças tanto nos cuidados com os bebês, como na organização e mesmo na estrutura da UTI Neonatal, refletem também a construção de um novo olhar sobre o recém-nascido. Como descrevemos anteriormente, já houve época em que os bebês, sobretudo, os prematuros foram praticamente negligenciados, porque eram considerados muito frágeis e até mesmo incapazes de sobreviver. Com o passar do tempo, aumentou a preocupação com os seus cuidados, o seu desenvolvimento, mas também com a interação com os pais durante a internação e a formação do vínculo. E mais recentemente passou-se a considerar também as reações dos bebês.

“Podemos ver os efeitos dramáticos e imediatos da manipulação na oxigenação sanguínea. A sua dor pode ser estampada nos monitores através de sinais como a taquicardia. Hemorragia intracraniana, hemorragia digestiva e isquemia cardíaca puderam ser muitas vezes atribuídas ao estresse”⁶³ (p.40).

Até o ano 2000, muitos procedimentos nos bebês eram realizados sem nenhum tipo de analgesia. Atualmente, há uma preocupação com o sofrimento do bebê. Busca-se também realizar a mínima manipulação para a realização de procedimentos técnicos como uma maneira de evitar ou atenuar o estresse.

Quanto mais a tecnologia avança, tanto em termos de equipamentos quanto de procedimentos e de cuidados, maiores são as chances de bebês prematuros sobreviverem. Mesmo prematuros extremos, como foi o caso de um bebê que

nasceu na maternidade estudada com apenas 460 gramas, sobreviveu e recebeu alta.

A redução da mortalidade infantil é um, entre outros, dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido por todos os 191 Estados-Membros das Nações Unidas. O Brasil reduziu a mortalidade infantil (crianças com menos de um ano) de 47,1 óbitos por mil nascimentos, em 1990, para 19 em 2008. Até 2015, a meta é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil⁺⁺⁺nascimentos.

Se por um lado, muito se tem avançado sobre tratamentos e cuidados oferecidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Por outro, ainda há muito o que se fazer no que diz respeito à saúde do trabalhador neste tipo de unidade.

Constatamos que boa parte das pesquisas em UTIN é sobre procedimentos^{66, 67,68,69,70}, infecções hospitalares^{71,72}, causas de mortalidade⁷³, ou sobre a relação das mães com o bebê^{74,75,76} e/ou a equipe. Encontramos algumas pesquisas sobre o sofrimento dos trabalhadores da UTIN^{77, 78}, o processo de trabalho^{79,11}, a saúde mental⁸⁰, as condições de trabalho⁸¹ e sobre a enfermagem^{82,83,84}.

⁺⁺⁺ Fonte: Os objetivos de desenvolvimento do milênio, site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/>

Neste tipo de unidade, os estudos têm revelado aspectos nocivos, tanto à saúde dos profissionais^{78, 83, 85, 77,14, 86} quanto à dos bebês⁶⁵. Como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é considerada um ambiente crítico, os profissionais que lá atuam estariam mais suscetíveis ao desgaste e ao sofrimento psíquico, tendo em vista a complexidade das ações ali realizadas, as vivências de sofrimento, as exigências dos familiares e o estresse gerado durante a realização da atividade^{78, 77}. Todavia, vale ressaltar que pesquisas como as de Souza⁸⁶, Masson¹⁴ e Souza⁷⁹, desenvolvidas a partir do ponto de vista da atividade identificaram que apesar de todas as adversidades, as trabalhadoras e os trabalhadores também criam novas normas de vida na sua luta pela saúde. Assim sendo buscamos nessa pesquisa poder avançar um pouco mais na compreensão da relação saúde e trabalho, neste contexto atual da UTIN.

Capítulo 5 | Metodologia

Na tentativa de desvendarmos um pouco o caráter enigmático do trabalho, em especial, dos técnicos e técnicas de enfermagem que atuam na UTI Neonatal, e a sua relação com a saúde operamos com diferentes disciplinas e perspectivas. As quais fazem uso do conceito de atividade e que consideram a complexidade e a variabilidade das situações de trabalho, a sua dinâmica e a mobilização dos trabalhadores nesse processo. Consideramos também as proposições e os estudos sobre as relações de serviço (Hubault³, Du Tertre², Zarifian^{19, 23, 24,25}). Embasamo-nos na perspectiva ergológica da atividade²⁰ e nas abordagens clínicas do trabalho, como a Ergonomia da Atividade²¹ e a Psicodinâmica do Trabalho²²: um conjunto de ferramentas - não só teórico como metodológico e técnico - que possibilitou ampliar os instrumentos de análise nesse estudo. Procuramos utilizar diferentes abordagens metodológicas, cada qual com suas especificidades, pois como aponta Wisner⁸⁷,

“a complexidade é da natureza da atividade de trabalho, e não seria possível compreender esta complexidade a partir de uma abordagem única. É necessário admitir o caráter inevitável da abordagem múltipla das atividades.” (p.49).

Entendemos que para compreender a complexidade que caracteriza as relações entre saúde e trabalho é necessário considerar um conjunto de fatores que interagem mutuamente e a diferentes níveis da vida do indivíduo. “Compreender a actividade de trabalho é compreender a actividade humana, que no contexto profissional é traduzida em comportamentos e condutas humanas que não se esgotam no mero cumprimento da tarefa”⁸⁸(p.22). Como

destaca Durrafourg⁸⁹(p.64), a análise do trabalho evidencia a riqueza infinita da atividade humana.

O ponto de vista da atividade, segundo Brito⁹⁰, colabora para potencializar

“a integração da experiência dos trabalhadores no processo de produção de conhecimento (Laurell & Noriega, 1989), cuja sinergia – fecundo cruzamento de enfoques- exige uma postura de *humildade epistemológica* e a disposição para retrabalhar os conceitos em diálogo crítico com os saberes da experiência (também a serem retrabalhados), conforme propõe a ergologia (2000)” (p.883).

Lançamos então nosso olhar sobre a atividade de trabalho dos técnicos de enfermagem, a partir desta perspectiva. Mas também procuramos estar atentos às especificidades das múltiplas dimensões das relações de serviço.

Desenvolvemos uma análise situada e qualitativa através da investigação focada na compreensão do trabalho e sua relação com a saúde e as dimensões subjetivas. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, que como aponta Minayo⁹¹, implica em considerar que o objeto é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. Que traz uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico.

Para esta pesquisa incorporamos a noção de saúde - de acordo com a perspectiva vitalista de Canguilhem²⁷ que considera o seu caráter dinâmico - o que permitiu analisar os recursos, as formas utilizadas pelos profissionais para preservar a sua saúde tendo em vista a relação com o trabalho e as condições a que estão submetidos. É uma noção de saúde associada à capacidade de

produção de novas normas de vida, como uma conquista individual e social permanente. Como aponta Caponi⁹²(p. 60)

“... aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais e implica ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população”.

Com base na perspectiva ergológica consideramos que a cooperação entre os profissionais da ciência e os protagonistas da atividade é a condição para a construção e desenvolvimento de conhecimentos relativos à atividade e ao trabalho humano. Para que esta cooperação se efetive, Schwartz⁹³ propõe um ‘dispositivo dinâmico de três polos’ (DD3P), que é um dispositivo de trabalho cooperativo, de formação.

“O dispositivo de três polos é o lugar de trabalho em comum em que se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, umas em relação às outras, portanto que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas”⁹³(p.269).

Este dispositivo coloca em debate, três diferentes polos. O primeiro, o polo dos saberes organizados ou das disciplinas: refere-se aos materiais teóricos e conceituais gerados por diversas disciplinas e campos de conhecimento sobre o trabalho. O segundo é o polo das forças de convocação e validação: diz respeito aos saberes investidos na atividade. O terceiro é o polo das exigências ético-epistêmicas: é pensado como o que possibilita a fecundidade do encontro entre os saberes. Para que haja a confrontação dos outros polos é necessário o respeito ao trabalhador como alguém que é atravessado pelas *dramáticas do uso de si* na atividade, bem como ter uma postura de humildade epistemológica frente à complexidade da atividade, admitindo zonas de cultura e incultura entre as partes.

A partir deste paradigma ergológico, foi criada e desenvolvida no Brasil uma configuração denominada *Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)* ^{§§§ 31, 94,} ⁹⁵, onde circula uma comunidade dialógica⁹⁶ e com a qual trabalhamos nessa pesquisa.

O percurso que percorremos nesse estudo envolveu as seguintes etapas:

- *Visitas* à Unidade Neonatal, onde realizamos observações livres e conversas dialógicas com as técnicas e os técnicos de enfermagem sobre a sua atividade;
- Levantamento e análise de documentos relativos às normas antecedentes e à prescrição do trabalho;
- Aplicação do Inquérito Saúde e Trabalho (INSATS-BR);
- Organização e cruzamento dos dados encontrados nas visitas e na aplicação do INSATS-BR;

Encontros sobre o trabalho envolvendo a Comunidade Ampliada de Pesquisa para a discussão e validação dos resultados.

^{§§§} Comunidade Ampliada de Pesquisa é a denominação sugerida por Jussara Brito, Milton Athayde e Mary Neves⁹⁷ ao tipo de relação, de encontro, de confronto, de diálogo crítico entre o polo dos saberes presentes nas disciplinas científicas e o polo dos saberes colocados em prática e desenvolvidos no cotidiano de trabalho, cuja inspiração veio do Movimento Operário Italiano de luta pela saúde (MOI).

A Unidade estudada

O cenário da pesquisa foi uma Maternidade Escola, localizada na zona sul no município do Rio de Janeiro. Um órgão público voltado ao ensino, à investigação científica e à assistência à gestante e ao recém-nascido de alto risco.

A Maternidade foi fundada no início do século XX e desde então ocupa um prédio de três andares que está tombado. Nas últimas décadas, na medida do possível, sua estrutura física tem sofrido reformulações visando atender as normas vigentes para estabelecimentos de saúde. Este hospital dispõe de ambulatórios/pré-natal de baixo e alto risco, planejamento familiar, genética pré-natal, medicina fetal (com os mais modernos procedimentos propedêuticos e terapêuticos nesta área) e de *follow-up* para recém-nascidos prematuros, como também presta assistência e incentivo ao aleitamento materno, funcionando em regime interdisciplinar. Esta Maternidade Escola é uma referência de atendimento, com grande importância no ensino e abrangência na assistência da população. Funcionam 24 horas por dia e contam com um moderno Centro Obstétrico, UTI Neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Conjunto e Enfermarias Mãe-Canguru, assim como serviços de apoio (laboratório de análises clínicas e de patologia).

A maternidade atende gestantes da área programática (AP) a qual está inserida, que engloba toda a zona sul até a Rocinha. Basicamente o perfil da clientela atendida divide-se em:

- População de baixa renda, com nível escolar baixo, geralmente o fundamental que vai pra lá por ser a referência desta AP. Não necessariamente são casos de gestação de alto risco;
- Gestantes de outras classes sociais e mais escolarizadas que vão para lá porque esta maternidade é uma referência de atendimento na gestação, parto e nascimento de alto risco;
- Gestantes de outras APs, que chegam via Central de Regulação de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde.

Em geral, a maioria dos partos é de gestantes que fizeram o pré-natal na Maternidade-Escola, mas também têm aqueles casos que mãe procura a Maternidade só para ter o bebê. Atendem muitas gestantes adolescentes, até pelo fato deste tipo de gestação caracterizar-se como de alto risco.

Como já havíamos descrito anteriormente, o contato que tivemos com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal despertou nosso interesse em compreender a atividade dos/as técnicos e auxiliares de enfermagem e sua relação com a saúde, neste tipo de unidade. Sendo assim, dentro do universo da Maternidade Escola o nosso estudo concentrou-se na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A UTIN está inserida na Unidade Neonatal. Também fazem parte desta unidade: a Unidade de Recuperação Nutricional (URN), o Alojamento Conjunto (mãe-bebê), a Enfermaria Mãe Canguru e a Sala de Atividades Mãe-Canguru. Todas estas unidades estão localizadas no 2º andar, bem como o Centro

Obstétrico. Essa proximidade é estratégica para facilitar o fluxo do atendimento. O bebê que precisa, sai do Centro Obstétrico direto para a UTIN. Quando recebe alta da UTIN, se a mãe estiver internada ela vai para o Alojamento Conjunto, mas se a mãe não puder ficar internada o bebê vai para a URN, até que consiga ganhar peso.

O acesso à Unidade Neonatal é restrito aos funcionários da maternidade. O controle de entrada é feito pelos seguranças. De acordo com o cartaz afixado no quadro de avisos da UTIN, as visitas na UTIN são permitidas:

- Ao pai e à mãe, diariamente de 9 às 22horas;
- As mães internadas têm livre acesso;
- Aos avôs nas quintas-feiras e domingos de 13h30min às 14h30min;
- Aos irmãos (sob supervisão da psicóloga) nas terças-feiras de 16:00 às 17:00 horas.

A UTIN conta com 18 leitos. Porém, se houver uma demanda maior conseguem disponibilizar mais leitos, pois dispõe de boas condições materiais e de equipamentos (extras), só a estrutura física que apresenta certa limitação por ser um prédio tombado. Entretanto, fatos como esse são raros de acontecer. Também não acontecem casos de não receber bebê para a UTIN.

Internamente a UTIN subdivide-se em UTIN1 e UTIN 2. Na UTIN 1 ficam os bebês mais graves e mais novos, é especialmente para os prematuros que acabam de nascer. E na UTIN 2 ficam os bebês um pouco maiores ou bebês crônicos, que já estão internados a algum tempo. Entre elas ficam o posto de enfermagem e as portas de acesso.

A UTIN conta com os seguintes profissionais:

- Enfermeiros, três (3) por plantão de dia e mais um (1) da chefia de enfermagem, à noite ficam dois (2) enfermeiros,
- Técnicos de enfermagem, seis (6) por plantão de 24 horas por 120,
- Médicos staff, três (3) por plantão, mas tem plantão com dois (2),
- Residentes de medicina, de três (3) a quatro (4), sendo que dois (2) são de pediatria e rodam também por outras unidades e dois (2) de neonatologia (R3) que se concentram mais na UTIN,
- Médico da rotina ou da chefia, um (1) (que acompanha os outros médicos e residentes em relação aos casos dos nenéns internados),
- Fonoaudióloga,
- Fisioterapeuta,
- Secretária, responsável por toda a parte administrativa da UTIN,
- Outros profissionais que atuam também em outras unidades da maternidade: uma psicóloga que atende as mães da UTIN, uma assistente social e médicos de outras especialidades que eventualmente são chamados para fornecerem consultoria, como cardiologistas e cirurgiões pediátricos.

Os sujeitos

Como era nosso interesse estudarmos um tipo de atividade considerando as especificidades das relações de serviço, escolhemos os/as auxiliares, técnicas e técnicos de enfermagem, por considerarmos a importância do seu trabalho no cuidado direto dos bebês.

Cumprindo a exigência estabelecida pela referida maternidade, inicialmente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Maternidade Escola – cumprindo todos os requisitos referentes à Resolução 196/96 que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos. O mesmo também foi submetido ao Comitê de Ética da ENSP (anexo 1). Somente após a sua aprovação foi que entramos em contato com a Coordenadora da UTIN e o Chefe de Enfermagem da UTIN para expormos sobre o plano de pesquisa e verificar se havia interesse da unidade em participar.

Tanto a Coordenadora da UTIN como o Chefe de Enfermagem mostraram-se receptivos à pesquisa. O Chefe de Enfermagem apresentou a UTIN e nas etapas posteriores contribuiu para a aproximação junto aos profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental (técnicos e auxiliares de enfermagem).

Nos hospitais que pertencem ao Ministério da Saúde, normalmente a denominação do cargo é auxiliar de enfermagem, podendo ter variação para nível médio ou fundamental. Isto implica numa variação em termos de remuneração, porém a função é a mesma tanto para quem tem a formação de técnico, que corresponde ao nível médio, quanto para a de auxiliar, que corresponde ao nível fundamental.

Já no hospital estudado, que pertence ao Ministério da Educação, existe o cargo de técnico de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem. Sendo que, tem-se buscado progressivamente extinguir o cargo de auxiliar. Os

profissionais mais antigos vêm sendo estimulados através do PROFAE a fazerem a formação de técnico de enfermagem. E as contratações mais recentes vêm sendo para o cargo de técnico de enfermagem.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estudada havia 35 técnicos e técnicas e uma auxiliar de enfermagem que estavam distribuídos em 6 plantões denominados A, B, C, D, E e F. Considerando que o número de técnicos e técnicas que participaram da pesquisa é quase absoluto e que em termos de função não há diferenciação, utilizaremos a denominação de técnicos para todos.

A jornada de trabalho destes profissionais caracteriza-se por turnos de 24 por 120 horas, que se iniciam às 7 horas da manhã de um dia e completam-se nas 7 horas da manhã do dia seguinte.

Foram feitas visitas a todos os plantões a fim de convidar as pessoas para participarem da pesquisa. Nos primeiros contatos com as técnicas e os técnicos de cada plantão apresentávamos a pesquisa, fazíamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e mostrávamos o INSATS-BR. O critério de inclusão dos sujeitos para esta pesquisa foi a atuação como técnica/o ou auxiliar de enfermagem na UTI Neonatal da Maternidade-Escola. A participação foi voluntária e 33 pessoas aceitaram. E o critério de exclusão foi de acordo com a vontade da pessoa em não querer participar, o que ocorreu com 2 pessoas. Uma pessoa estava de licença.

As visitas à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

As *visitas* tiveram como objetivo promover uma aproximação inicial com as técnicas e os técnicos e da sua atividade de trabalho, além do próprio funcionamento cotidiano da Unidade, incluindo outros profissionais ali atuantes. Elas possibilitaram conhecer os aspectos mais gerais e observáveis do trabalho destes profissionais.

Nesta etapa utilizamos a observação das situações de trabalho como um método que permite apreender o processo de trabalho no momento do exercício efetivo da atividade. Realizamos a observação de maneira aberta, isto é, observações livres, apesar de sabermos que o simples fato de estarmos ali presentes já representava de alguma forma interferência naquele meio.

Com inspiração na Ergologia, buscamos operar com a técnica de *conversar* sobre a atividade, sem definir previamente um roteiro. As *Conversas sobre o Trabalho*⁹⁸ tiveram como objetivo serem os primeiros passos na construção de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Em que se pretendeu mobilizar um processo de compreensão dos diversos aspectos do trabalho dos técnicos e técnicas de enfermagem (além da prescrição do trabalho, das variabilidades, dos debates de normas e valores presentes, etc.).

A princípio pretendíamos realizar as visitas de forma que as observações fossem realizadas durante algumas horas durante o plantão e que as conversas se dessem de forma quase esporádica, até mesmo para não

atrapalhar o desenvolvimento da atividade. Entretanto, à medida que entramos em contato com a realidade do campo fomos adequando melhor as técnicas de pesquisa escolhidas de forma que assegurasse o alcance dos nossos objetivos e que não comprometesse nossa relação com os profissionais.

Percebemos já nas primeiras visitas que a nossa presença na UTIN, de alguma forma trazia certo desconforto aos profissionais. Fato semelhante ocorreu também com Lamy⁶³(p.27) em sua pesquisa numa UTIN o qual descreveu como uma manifestação sublinear de um desconforto de ser observado.

Acreditamos que a técnica de observação da atividade de trabalho possa trazer algum tipo de desconforto inicial ao trabalhador e nesse tipo de situação, por ser um ambiente fechado em todos os sentidos e de muito controle tal desconforto é potencializado.

Por outro lado, ao começamos as visitas, por mais que tivéssemos informado aos técnicos e técnicas que iríamos conversar com um ou outro e que ficaríamos observando eles trabalharem, eles instituíram uma regra em que todos deveriam conversar comigo. E isso se repetiu em todos os plantões. As conversas dialógicas foram realizadas em alguns momentos com um só técnico ou técnica, outros com mais de um e teve também um plantão em que todos os técnicos participaram ao mesmo tempo.

Consideramos que esse movimento que os técnicos fizeram foi importante para os primeiros passos da construção da Comunidade Ampliada de Pesquisa.

Sendo assim, focamos mais nas conversas e deixamos que as observações ocorressem concomitantemente. Para tanto levamos um diário de campo, onde anotávamos o que era possível. E logo após as visitas escrevíamos os relatórios buscando recuperar os dados trazidos pelos trabalhadores e trabalhadoras bem como registrávamos algumas impressões e percepções que tivemos.

Nesta primeira etapa realizamos visitas em todos os plantões com o objetivo de convidarmos todos os técnicos, técnicas e auxiliares de enfermagem que atuavam na UTI Neonatal a participar da pesquisa. Ao todo foram seis visitas entre os meses de junho e julho de 2010.

As visitas concentraram-se no período da tarde, pois de acordo com o Chefe de Enfermagem e também os técnicos e técnicas este período era mais tranquilo, praticamente ficavam só as equipes de enfermagem e de medicina. E em relação às tarefas dos técnicos e auxiliares de enfermagem, de certa forma, elas se repetem ao longo do dia.

Quadro 2: Caracterização Geral das visitas à UTIN

Data	Dia da semana	Plantão	Horário		Duração da visita	Nº de técnicos	Nº de bebês Internados
			Início	Fim			
22 junho	Terça-feira	F	14:10	16:55	2:45	5	7
5 Julho	Segunda-feira	A	14:07	17:40	3:33	6	12
6 julho	Terça-feira	B	14:00	15:00	1:00	5	9
15 Julho	Quinta-feira	E	14:00	15:30	1:30	6	8
19 Julho	Segunda-feira	C	14:10	15:30	1:20	5	9
20 Julho	Terça-feira	D	14:10	16:15	1:15	6	8

Os dados gerados nesta etapa foram tratados de forma qualitativa. Inicialmente fizemos algumas releituras dos relatórios e posteriormente organizamos o material de acordo com os temas que se sobressaíram. Foram eles: Transformações na UTIN; Características do trabalho dos técnicos de enfermagem; Sobre o início da atividade na UTIN; O que é mais difícil nesta atividade; O que mais gosta nesta atividade; Sobre a relação com os colegas; Sobre a relação com as chefias; Sobre a relação com outros profissionais; Sobre a relação com os familiares dos bebês; Sobre a relação com os bebês e Sobre reconhecimento profissional. Tais dados também serviram para a elaboração dos *Encontros sobre o Trabalho*.

Levantamento e análise de documentos relativos às normas antecedentes e à prescrição do trabalho

Nesta etapa buscamos reunir informações sobre as normas antecedentes e à prescrição do trabalho para conhecermos o enquadre formal do trabalho das técnicas e técnicos de enfermagem na unidade estudada. Para tanto fizemos um levantamento e análise de dados dos seguintes itens:

- Legislação que regulamenta o exercício profissional de enfermagem;
- Atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem – que descreve a rotina de trabalho destes profissionais na UTI Neonatal (anexo 2);
- Escala de plantão dos técnicos de enfermagem na UTI Neonatal nos meses de junho de 2010 a janeiro de 2011;
- Entrevistas não-estruturadas com a Chefia de Enfermagem da UTI Neonatal.

Aplicação do Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS-BR) ****

Este instrumento, originalmente denominado Inquérito de Saúde e Trabalho (INSAT)^{†††} foi desenvolvido na Universidade do Porto em Portugal em 2007. É

**** **INSATS-BR**- Adaptação do INSAT ao Brasil para as atividades de serviços, realizada por: Ana Maria R. Z. Souza, Luciana Gomes, Jussara Cruz de Brito, Simone Oliveira e Filipe Guterres. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

††† **INSAT – Inquérito de Saúde e Trabalho 2007**. Proposta metodológica para a análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. Instrumento elaborado pelas pesquisadoras: Carla Barros-Duarte, Liliana Cunha e Marianne Lacomblez. Centro de Psicologia da Universidade do Porto (Unidade de Investigação da Fundação para Ciência e Tecnologia). Para maiores informações sobre este instrumento de investigação ver o artigo:

um auto-questionário que teve como pilares de sua construção os seguintes inquéritos: o SUMER- Surveillance Médicale des Risques Professionnels, EVREST – Évolutions et Relations em Santé au Travail e o SIT- Saúde, Idade e Trabalho.

O INSAT é um instrumento que foi desenvolvido com o intuito de conhecer melhor os fatores que interferem nas várias dimensões da saúde de forma a contemplar problemas e doenças provocadas pelas condições de trabalho para além das doenças profissionais reconhecidas. As questões foram construídas na tentativa de despertar nos trabalhadores uma consciência sobre os efeitos das condições em que estão trabalhando⁴.

O grupo de pesquisa PISTAS^{###}, através da parceria feita com a Universidade do Porto, fez adaptações no INSAT. Em termos de adequação da linguagem, buscando maior coerência com as especificidades do português falado no Brasil, bem como a algumas particularidades das atividades de serviço. A versão com esta especificidade foi denominada Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS- BR), que foi a utilizada nesta pesquisa.

Barros-Duarte C, Cunha L, Lacomblez M.INSAT – Uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. Rev. Laboreal [Internet].2007.3 (2): 54-62.Disponível em:<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>

^{###} Grupo de Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero (PISTAS) vinculado ao CNPq e coordenado pela profa. Jussara Brito que tem como objetivo o desenvolvimento de projetos de pesquisa e intervenção referentes às relações entre atividade de trabalho e saúde, considerando as relações de gênero como transversais, entendendo que o processo saúde-doença está sempre associado ao trabalho.

Foram realizadas seis visitas à UTIN para a aplicação do INSATS-BR, uma em cada plantão, entre os meses de julho e agosto de 2010. Uma vez que é comum entre os técnicos a troca do dia de plantão, aconteceu de em algumas visitas encontrarmos técnicos que já haviam respondido em outro dia. Por conta disso, foram aplicados apenas 26 INSATS-BR.

Quadro3: Aplicação do INSATS-BR

Data	Dia da semana	Plantão	Horário		Nº de Técnicos que participaram	Nº de bebês Internados
			Início	Fim		
26 Julho	Segunda-feira	D	14:00	15:45	6	8
27 Julho	Terça-feira	E	14:00	14:50	4	9
28 Julho	Quarta-feira	F	14:00	17:15	4	10
30 julho	Sexta-feira	B	14:30	16:00	5	10
4 Agosto	Quarta-feira	A	14:15	15:55	4	9
6 agosto	Sexta-feira	C	14:15	16:00	3	10

Para a aplicação distribuimos o INSATS-BR entre as técnicas e técnicos de enfermagem que estavam disponíveis e permanecemos próximos para auxiliar em eventuais dúvidas. Por estarem no horário de trabalho, muitos começavam a preencher e paravam alguns instantes para fazer algum procedimento ou atender aos pais de um bebê, depois retornavam.

Embora o preenchimento do mesmo fosse individual, como eles ficavam sempre muito próximos, muitas vezes alguém lia em voz alta alguma questão, ou mesmo provocavam os outros com o assunto que estava sendo respondido

e isso gerava uma discussão entre eles. Apesar de que este tipo de efeito não havia sido previsto, consideramos interessante sua manifestação. Ao que parece o instrumento suscitou nos técnicos de enfermagem, além de um diálogo interno sobre a sua atividade e os efeitos sobre a sua saúde, também uma inquietação de tal forma que espontaneamente a trouxeram para o debate em grupo.

Como destacam Barros-Duarte e Cunha⁸⁸ (p.23) embora este instrumento apresente potencialidades estatísticas é importante salientar que as interpretações dos resultados deverão ser mais compreensivas do que explicativas, levando em consideração a complexidade que envolve as relações entre saúde e trabalho.

Os resultados do INSATS- BR foram tabulados e as conversas que ocorreram durante a sua aplicação, na medida do possível, foram anotadas no diário de campo. Todo este material contribuiu para análise de dados deste estudo.

Organização e cruzamento dos dados encontrados nas visitas e na aplicação do INSATS-BR

Inicialmente fizemos várias releituras dos materiais produzidos em cada fase. Então destacamos os pontos que nos chamaram mais a atenção ou que nos pareceram merecer maior investigação e depois, na medida do possível, procuramos fazer o cruzamento destes dados. A partir desta confrontação

inicial surgiu uma série de questões e pontos a serem mais bem esclarecidos nos Encontros.

Definimos então três linhas principais, de acordo com o que nos propomos a estudar, as quais usamos como referência para organizarmos todo este material. Foram elas:

- ✓ Transformações no trabalho, que diz respeito a: inovações tecnológicas, estrutura do SUS, novo olhar sobre o bebê e o seu atendimento, mudanças nos cuidados, exigências de novas competências, novas atribuições, etc.
- ✓ Características da relação/interação do técnico e da técnica de enfermagem com: o bebê, a mãe, os colegas e demais profissionais;
- ✓ Condições de trabalho, mobilização dos recursos individuais e/ou coletivos, uso de si e suporte institucional.

Consideramos que a linha sobre as transformações no trabalho, em certa medida, atravessava as outras duas. Sendo assim, definimos que seriam realizados dois Encontros sobre o trabalho, referente aos outros temas.

Encontros sobre o trabalho

A principal inspiração para estes encontros foi a proposta dos “Encontros sobre o trabalho”⁹⁹ da Ergologia. De acordo com essa perspectiva, estes seriam “caldeirões para o retrabalho dos saberes”, conforme a dinâmica do dispositivo ergológico tripolar. Neste sentido, o “animador” dos *Encontros* deve procurar

favorecer a dinâmica gerada pelo terceiro polo do dispositivo (ético-epistêmico). Assim, após ressaltar a importância do ponto de vista da atividade e chamar a atenção para a sua complexidade, para os desafios e mobilizações aí implicados, para a dificuldade que se tem em enquadrar conceitualmente a atividade, o animador deve convencer os participantes do Encontro de que há necessidade de “uma rigorosa verbalização daquilo que a atividade ensina”. Nesta proposição através de “verbalizações complexas” são forjados saberes inéditos sobre a atividade.

O animador deve enquadrar o debate sobre a atividade através do “método da dialética de registros”, que consiste em levar os participantes a distinguirem com clareza o que, na sua atividade, faz parte do registro do formalizado e o que provém do segundo registro, o das *renormalizações*. E é precisamente aí, na distância entre os dois registros, que está a verdadeira natureza da atividade, o seu caráter enigmático e transformador: a gestão do hiato entre os dois registros, para que, apesar de tudo, o trabalho seja realizado.

É conseguindo verbalizar e sistematizar o que ocorre entre esses dois registros que os trabalhadores podem se reapropriar de suas experiências e competências de uma nova maneira. O objetivo da dinâmica dos Encontros sobre o Trabalho é que os participantes se fortaleçam para convocar saberes formais e reconvocá-los, alimentando incessantemente novas perspectivas para o debate.

Esta última etapa da pesquisa correspondeu também a uma validação dos resultados encontrados junto aos técnicos e técnicas de enfermagem. A fim de facilitar a comunicação e o debate entre saberes, os resultados foram apresentados sinteticamente em *Power Point*. Para este processo destacamos os seguintes temas: A dimensão imaterial e relacional da atividade da/o técnica/o de enfermagem na UTI Neonatal e a Relação de serviço e os desafios à saúde (anexos 3 e 4).

Para a realização dos Encontros, optamos por trabalhar com o grupo do plantão que tivesse maior número de técnicos e técnicas de enfermagem interessados em participar dos mesmos. Então deixamos um cartaz afixado no posto de enfermagem da UTIN por duas semanas, convidando-os a participarem dos Encontros. Havia um espaço a ser preenchido com o nome de quem tivesse interesse e de qual plantão. Trabalhamos então com o plantão em que todos os técnicos e técnicas se inscreveram.

No dia do Encontro 1 a chefia de enfermagem só conseguiu liberar três técnicos, pois estavam com muitos bebês graves. Neste encontro contamos com a participação de Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes, enfermeira que atua na UTIN em outro hospital e que estava fazendo seu doutoramento em Saúde Pública, a qual nos acompanhou e contribuiu nesta fase da pesquisa. Ele foi realizado na Sala de Atividades Mãe-Canguru. Dividimos uma mesa com uma médica que fazia anotações nos prontuários e na mesa ao lado duas mães que estavam na Enfermaria Canguru terminavam a colação. Com certa frequência uma enfermeira entrava na sala para falar com a médica.

Embora a presença das outras pessoas tenha sido silenciosa, suspeitamos que isso não tivesse deixado os participantes muito a vontade.

Ao término desse encontro, fomos até a UTIN. Chegando lá, as técnicas que não puderam participar solicitaram que o mesmo fosse realizado com elas no período da tarde. Então, atendemos sua solicitação e realizamos também no período da tarde com o restante do grupo. Dessa vez ocupamos o espaço da URN que estava vazia.

No dia do Encontro 2 não havia sala disponível, então fizemos dentro da UTIN 2. No início havia algumas mães um pouco próximas que estavam amamentando seus bebês, mas no decorrer da atividade foram embora. O dia estava agitado, com muitos bebês graves e uma técnica a menos que estava de licença. Começamos o encontro com quatro técnicos, porém a participação de uma técnica em alguns momentos foi flutuante. Ela saía para fazer algum procedimento no bebê que estava do nosso lado e retornava. Os Encontros foram gravados e posteriormente transcritos.

Quadro 4: Realização dos Encontros sobre o Trabalho

Data	Dia da semana	Horário		Duração	Participantes	Nº de bebês Internados
		Início	Fim			
14 Dezembro	Terça-feira	10:00	11:15	1:15	3	14
14 Dezembro	Terça-feira	14:00	16:15	2:15	3	14
7 Janeiro	Sexta-feira	14:55	15:55	1:00	4	13

Todo este conjunto de etapas da pesquisa, que envolveu várias ferramentas teóricas e metodológicas, proporcionou uma maior compreensão da complexidade que envolve a atividade dos técnicos de enfermagem na UTI Neonatal.

Capítulo 6 | Resultados e análises

Apresentaremos neste capítulo os resultados encontrados ao longo das diferentes etapas da pesquisa. Para a análise buscamos operar com um conjunto de ferramentas teóricas, metodológicas e técnicas que fazem uso do conceito de atividade e também utilizamos as proposições e os estudos sobre as relações de serviço, conforme referido nos capítulos anteriores.

Diante da complexidade do nosso objeto, entendemos que a análise que desenvolvemos representa apenas uma forma de olhar para ele. Fomos fazendo uso da nossa caixa de ferramentas de acordo com o que considerávamos que conseguia traduzir melhor a nossa compreensão sobre cada aspecto encontrado.

Dividimos o capítulo em três itens, numa tentativa de organizar melhor os dados, de forma que facilitasse o seu entendimento. Sendo assim, em cada item há elementos encontrados nas diferentes etapas da pesquisa.

Nos itens 6.1 e 6.2 estaremos abordando prioritariamente os materiais que foram produzidos durante as visitas e a aplicação do INSATS-BR, envolvendo praticamente todo o quantitativo de técnicas e técnicos da UTIN. Por isso optamos por não criar nomes fictícios, mas apenas identificá-los como técnica ou técnico. Não foi nossa intenção reforçar uma impessoalidade, muito pelo contrário. Só consideramos que seria desnecessário criar 33 nomes fictícios, uma vez que nesses itens apresentamos as falas mais como uma forma de ilustrar algum aspecto importante trazido pelas técnicas e técnicos.

Já no item 6.3, como se trata mais especificamente do material do Encontro II, o qual envolve as discussões produzidas por um grupo de três técnicas e um técnico, criamos nomes fictícios para eles.

6.1 | Uma aproximação da UTI Neonatal e do trabalho das/os técnicas/os de enfermagem

Para melhor compreendermos o trabalho das/os técnicas/os de enfermagem na UTIN iniciamos os resultados situando o surgimento dessa unidade na maternidade. Apresentamos parte do conjunto das normas antecedentes do trabalho das/os técnicas/os, bem como aspectos das condições de trabalho, vida familiar, trabalho doméstico e suas características gerais.

6.1.1 | Do berçário à UTI Neonatal

A maternidade que foi campo dessa pesquisa implementou com o patrocínio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o Método Mãe Canguru^{§§§§} no ano de 2000. Com isso inaugurou o Alojamento Conjunto (mãe-bebê), a Sala de Atividades Mãe-Canguru e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

^{§§§§} O método Mãe Canguru busca promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Para maiores informações consultar a página sobre o Método Mãe Canguru no site do Portal da Saúde. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24248

O SUS reconheceu esse método como uma modalidade assistencial, através da Portaria nº 072 de 02 de março de 2000. A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas Unidades Neonatais (UTI Neonatal e unidades de cuidados intermediários), passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar).

De acordo com as técnicas de enfermagem, antes da UTI Neonatal havia um berçário que ficava no 3º andar. Nessa época as condições de trabalho eram bem diferentes. Eram apenas três enfermeiras e duas técnicas de enfermagem para atenderem, num espaço pequeno, cerca de nove bebês, mais a enfermaria. Cabia às técnicas de enfermagem, além de cuidar dos bebês, realizarem os procedimentos de preparo do leite. Não tinha interfone e se houvesse alguma intercorrência enquanto as técnicas estavam sozinhas, precisavam “se virar”, ou então saíam gritando pelos corredores em busca de ajuda de outro colega. As técnicas de enfermagem lembram essa época como uma fase muito difícil.

“... Antes era o inferno. Era tudo misturado e a gente tinha que dar conta de todos os bebês da maternidade. Hoje com a chegada de novos profissionais e este espaço físico, aqui agora é o paraíso.”

Outra técnica comenta: *“Foram tantas mudanças desde que entrei, que parece que hoje estou trabalhando num outro hospital.”*

Para a transformação do berçário em UTI Neonatal foram necessários muitos encaminhamentos, como: ampliação e organização do espaço físico, ampliação do número de profissionais da equipe, incorporação de profissionais de outras categorias e/ou especialidades, introdução das políticas de humanização, formação dos profissionais voltada para a interdisciplinaridade, aquisição de equipamentos (melhores e mais modernos) e utilização de novas técnicas para realizar os procedimentos. Além disso, o aumento do número de enfermeiros assistencialistas, o cumprimento das orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a busca à adequação das normas do Ministério da Saúde têm contribuído significativamente para diminuir a taxa de mortalidade infantil.

Em relação à estrutura física, a UTIN ocupa um espaço físico com formato retangular, cujo posto de enfermagem situa-se entre a UTIN 1 e a 2 e suas portas de acesso. O ideal é que o posto fosse maior e estivesse numa posição central de forma que possibilitasse a visualização de todos os leitos. Entretanto, não há como mexer na estrutura, pois o prédio é tombado pelo patrimônio histórico.

A UTIN é um ambiente fechado, com janelas fechadas de vidro fosco escuro, o qual permite parcialmente a passagem da luz do sol. Porém, há uma preocupação em tornar o ambiente mais agradável, humanizado, então as paredes são beges claros e no alto tem uma fita decorada de ursinhos, tal como nos quartos de bebês.

"Segundo a recomendação da IV Conferência Americana de Consenso sobre padrões para UTIN (1998), uma UTIN deve ser acolhedora e

esteticamente agradável, no sentido de minimizar o estresse dos recém-nascidos, das famílias e dos profissionais de saúde⁶³ (p.33).

Segundo os técnicos e técnicas de enfermagem, as condições físicas como iluminação, temperatura e espaço entre os leitos são boas. Mas ainda podem ser melhoradas, se for seguir a risca as regulamentações da ANVISA.

Na atual configuração da UTIN, não são mais os técnicos de enfermagem que precisam preparar o leite dos bebês. Nos horários da dieta eles recebem o leite já pronto e fracionado por bebê, do Banco de Leite Humano da maternidade.

Quanto à medicação, há uma sala específica para sua manipulação dentro da UTIN, de acordo com a determinação da ANVISA. Atualmente há um enfermeiro exclusivo para manipular cateter e medicação. Com a mudança no processo de trabalho da enfermagem, através da introdução desse profissional, foi possível comprovar uma melhora para os bebês através de indicadores utilizados, como taxas de mortalidade e de infecção.

A lavagem das incubadoras é feita pelos trabalhadores da equipe de higiene que são treinados para isso. Como não dispõem de um expurgo adequado, uma vez que o atual tem apenas 1m² e não caberia uma incubadora, a higiene desses equipamentos é realizada numa pia na UTIN que ficou reservada só para esse uso. Utilizam também a bancada que fica ao lado para apoiar as peças da incubadora.

Na ante-sala da UTIN há uma pia grande e vários cartazes ilustrados alertando para a importância e explicando como deve ser feita a higienização das mãos.

Dentro da UTIN todas as pias são pequenas e baixas, o que dificulta a higienização conforme as instruções.

Alguns técnicos acreditam que a tentativa de oferecer uma atenção integral ao recém-nascido e o convívio de profissionais de diferentes disciplinas, de certa forma, coloca em evidência a importância do trabalho de cada um. E ajuda a diminuir um pouco as questões hierárquicas porque também há um respeito pelo trabalho de cada um. Embora Gaíva e Scochi¹¹ destaquem que, se por um lado é uma aposta no trabalho em equipe que asseguraria o atendimento das necessidades multidimensionais dos pacientes. Por outro, na prática isso nem sempre é tão simples de se alcançar, pois muitos profissionais ainda têm dificuldades de compreendê-lo e executá-lo, já que realizam ações parceladas e, muitas vezes, até desarticuladas.

Para alguns técnicos, nesse processo de mudança na atenção, a qualidade da relação entre os profissionais também se modificou. Embora outros técnicos sintam que ali os profissionais não tenham tanto entrosamento e que a posição hierárquica ainda define o grau de importância de cada fala.

O planejamento de alta e de internação da UTIN é feito pela chefia da UTIN, a chefia de enfermagem e pelos profissionais de plantão. Depois que os bebês recebem alta são acompanhados pelo Follow Up, que é dirigido aos recém-nascidos de alto risco de pós-alta. No ambulatório fazem uma consulta onde agendam a periodicidade do atendimento. Há pediatras, neurologistas, oftalmologistas, fisioterapeutas, entre outros. Fazem os exames e a avaliação

dos casos e, conforme for, se não tiverem como realizar o atendimento ali encaminham para outros hospitais da rede.

6.1.2 | Condições e características do trabalho das/os técnicas/os de enfermagem na UTIN

Na questão sobre o ambiente físico do trabalho no INSATS-BR, os técnicos marcaram que estão expostos a: radiações (material radiativo, RX) (22 participantes), agentes biológicos (21) e ruído constante ou incômodo por (17 participantes). Em seguida vieram os itens: frio intenso assinalado por 7 participantes, agentes químicos por 5, ruído muito elevado por 3 e calor intenso por 2 participantes. Conforme o quadro abaixo.

Quadro 5: Fatores de exposição no trabalho

Fatores de exposição	Nº participante
- radiações (material radiativo, RX)	22
-agentes biológicos	21
-ruído constante ou incômodo	17
-frio intenso	7
-agentes químicos	5
-ruído muito elevado (só gritando ao ouvido)	3
-calor intenso	2

Nas observações constatamos que nesse tipo de ambiente todos ficam expostos a:

- Radiações (RX), uma vez que os RX são tirados no próprio local e a proteção é utilizada somente pelo profissional que está aplicando o raio X. Os raios-x associam-se a riscos aumentados de doenças, destacando-se os cânceres em suas várias formas, mesmo quando em baixas dosagens, já que apresentam efeitos somáticos^{100, 101, 102}. Sendo assim, é imprescindível que este tipo de exame não seja mais realizado neste ambiente, para assim evitar os seus efeitos nocivos sobre a saúde dos profissionais que lá atuam e dos demais bebês internados. Por mais que essa seja uma prática comum nas UTINs, entendemos que devemos buscar alternativas para a realização desse exame em um local apropriado ou mesmo avaliar até que ponto vale utilizar esse tipo de tecnologia. Será mesmo que os benefícios compensam os malefícios?
- Agentes biológicos;
- e ruído constante ou incômodo, na UTIN os ruídos e os alarmes dos aparelhos são uma constante 24 horas por dia .

Observamos que, embora esses itens tenham sido os mais assinalados, algumas pessoas não marcaram.

Na questão do INSATS-BR sobre o que o trabalho exige do corpo dos trabalhadores, os itens mais assinalados pelos técnicos foram: permanecer muito tempo de pé na mesma posição (15 participantes), gestos repetitivos (12 participantes), permanecer muito tempo de pé com deslocamento (12 participantes) e permanecer no mesmo local (11 participantes).

O item 'posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)' do INSATS-BR foi assinalado apenas por seis participantes. Observamos que dependendo do tipo de procedimento que o técnico realiza ele precisará ficar alguns minutos praticamente na mesma postura diante da incubadora com os antebraços através das portinholas. Se for um procedimento rápido alguns técnicos até baixam a parede lateral da incubadora. Porém, não é possível ficar muito tempo assim. Além de interferir na manutenção da temperatura adequada para o bebê, também o deixa exposto aos ruídos do ambiente, podendo deixá-lo estressado.

A opção 'esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas)' foi marcada por quatro participantes. Considerando que nem os bebês são muito manuseados, além de serem leves, suspeitamos que as pessoas pudessem ter marcado esta opção no sentido de considerarem a exigência física da atividade.

Ninguém assinalou a opção 'permanecer muito tempo sentado'. Nas visitas percebemos que os técnicos passam a maior parte do tempo de pé. Souza⁸⁶ também observou isso em sua pesquisa feita em uma UTIN. Em geral, só se sentam quando vão fazer as anotações nos prontuários, mas é por pouco tempo. Talvez por isso não haja na UTIN cadeiras suficientes para todos. As outras equipes ficam mais tempo sentadas.

No INSATS-BR, quanto às instalações que têm no trabalho, a maioria (25) não considera que dispõem de vestiários e/ou banheiros adequados, apenas um

participante respondeu 'sim'. Durante as conversas ninguém havia falado sobre isso, mas enquanto estavam respondendo ao INSATS-BR começaram a discutir o assunto.

Houve um empate sobre os espaços para pausas, lanches ou repouso. Metade dos participantes (13) considera que dispõem de espaços adequados e outra metade não concorda. Dentro da UTIN há um pequeno espaço, em torno de 1m² com microondas, pia, cafeteira e armário que funciona como uma copa. Fica na passagem para o quarto com três beliches que pode ser utilizado por eles, porém precisam dividir com médicos e enfermeiros. Uma técnica comentou que, a respeito da copa, eles se sentiam até privilegiados, pois havia unidades na maternidade que nem tinham. E a colega rapidamente a lembrou que era assim para que eles nem precisassem sair da unidade. Constatamos que o espaço para pausas e lanches não é adequado, não só porque sequer tem lugar para colocar cadeiras ou mesas, mas, sobretudo, porque de acordo com a vigilância sanitária nem poderia estar dentro da UTIN.

Durante as conversas os técnicos falaram que é difícil conseguir dormir ali de fato, porque tem sempre alguém entrando ou saindo, seja do quarto ou da copa e dali também ainda se escuta os barulhos dos equipamentos. Alguns técnicos disseram que quando estão na segunda turma que é de 3:00 às 6:00 horas da manhã conseguem dormir porque aí o cansaço já é muito grande. Há no 3º andar um dormitório destinado para médicos e enfermeiros de plantão que pode ser utilizado pelos técnicos se houver sobra de vaga. Mas, pelas falas, nos pareceu que não costumam utilizar esse espaço.

Sobre o espaço para repouso na UTIN, durante os Encontros, as técnicas fizeram alguns comentários:

Tem que tratar os técnicos com respeito. Não são 3 horas? Mas que sejam 3 horas de descanso com qualidade. Não tem qualidade nenhuma no descanso. É barulho, ou é o ar que é muito frio ou é muito quente. Barulho então...

(Técnica de enfermagem 1)

Às vezes não tem local e a gente acaba descansando aonde dá. Pega um colchão, pega um negócio, forra o chão e a gente deita. (Técnica de enfermagem 2)

Eu durmo na cadeira. (Técnica de enfermagem 3)

Pelas falas das técnicas parece que o espaço de descanso, no dia a dia não comporta todos, muito menos de forma adequada. Ao que tudo indica as técnicas e os técnicos preferem ficar no setor, ainda que mal acomodados.

Numa pesquisa realizada em duas UTIs com médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que cumpriam plantão de 12 horas, Longhi e Tomaz⁸⁰ observaram que independente da categoria profissional aqueles que tiveram um tempo maior de descanso classificaram o plantão como leve. Isso nos leva pensar que, na medida em que o hospital deve funcionar 24 horas e que muitos profissionais como os técnicos de enfermagem ficam em plantões

de 24 horas, o tempo e o espaço de descanso, no mínimo deveriam assegurar condições reais para o mesmo.

Muitos participantes consideram que no trabalho tem: espaço de trabalho adequado para a tarefa que realiza (23), mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc.) (20) e equipamentos e ferramentas adequados (20). Durante as conversas as técnicas e os técnicos indicaram satisfação quanto a esses itens, pois tecem comparações com a realidade de outras maternidades, em que a situação é bem diferente, assim como em outros hospitais dessa universidade.

6.1.3 | A prescrição do trabalho das técnicas e técnicos de enfermagem na UTIN

A respeito da prescrição do trabalho na UTIN para os técnicos e auxiliares de enfermagem há uma lista de atribuições (anexo 2). De uma maneira geral, eles são os responsáveis diretos pelos cuidados dos recém-nascidos (RNs), que são os cuidados de rotina e compreendem: os sinais vitais, a administração da dieta, as medidas (peso), a higiene, o controle hídrico, manter o bebê posicionado, administrar medicamentos prescritos e preparados pelo enfermeiro, exceto medicações por acesso venoso central e fazer os exames de glicemia (de acordo com a prescrição médica). Devem registrar todos os procedimentos e a avaliação do paciente na folha de prescrição.

Cabe a eles também: promover o aleitamento materno e assistir e orientar os pais dos RNs internados quanto à realização dos cuidados básicos de higiene,

alimentação e conforto. Com isso promovem a educação em saúde segundo os princípios da assistência humanizada.

Durante a troca de plantão, a equipe que está saindo acompanha a equipe que está chegando e vão a cada bebê passar tudo o que ocorreu nas últimas 24 horas. Embora sejam feitos registros nos prontuários, as técnicas consideram que essa passagem é muito importante, sobretudo se por algum motivo estiver faltando alguma informação no prontuário.

A divisão dos bebês é feita pela chefia de enfermagem. Procuram a cada plantão fazer o rodízio das técnicas e técnicos dentro das UTINs e entre os bebês.

Em unidades como a UTIN, a recomendação atual é que não se faça somente a lavagem das mãos, e sim uma higienização. Pode ser feita tanto com água e sabão com clorexidina – que é um antisséptico -, como com álcool. Em todo leito há uma almofada azul de álcool a 70% para a assepsia da pele ao fazer algum procedimento e outra transparente com álcool a 70% e glicerina que é para hidratar as mãos. Então ali dentro da UTIN, se as mãos não estiverem sujas, não precisa lavá-las novamente, pode utilizar o álcool que substitui e é até mais eficaz do que a água e o sabão. Cada vez que saem da UTIN ou se vão ao banheiro precisam lavar as mãos. Mas, fora isso, para os cuidados com os bebês devem usar o álcool, sempre antes e depois de tocá-los ou a qualquer material da criança.

O sabão com clorexidina é mais abrasivo, resseca e racha a pele, sobretudo no início de sua utilização. Chega a fazer feridas abertas que sangram. Mas depois de um tempo o organismo se acostuma e não formam mais feridas. Há casos também de pessoas que trabalham anos e só desenvolvem uma espécie de sensibilidade a este sabão depois de um tempo.

Ao fazer os procedimentos os profissionais utilizam uma luva estéril para não contaminar ou uma luva de procedimentos, que é para a proteção do profissional impedindo que entre em contato com secreção, fezes, urina etc.

A chefia de enfermagem elabora a gestão do trabalho tentando sempre evitar a sobrecarga e melhorar a eficiência e a qualidade da assistência. Tradicionalmente nos hospitais a maior parte das atividades é no turno da manhã. Na maternidade, para evitar essa concentração de trabalho num único período, as atividades das técnicas e técnicos de enfermagem foram distribuídas melhor ao longo do dia. Isso é possível também por conta do plantão ser de 24 horas.

6.1.4 | Características gerais das técnicas e técnicos de enfermagem

Entre os profissionais que responderam ao INSATS-BR havia 21 mulheres e 5 homens. Desses, apenas 7 indicaram ter vínculo efetivo com o hospital, sendo os outros 19 considerados extra-quadro. Das 7 pessoas que são estatutárias, todas são mulheres.

Quadro 6: Número de técnicos de enfermagem por gênero e tipo de vínculo

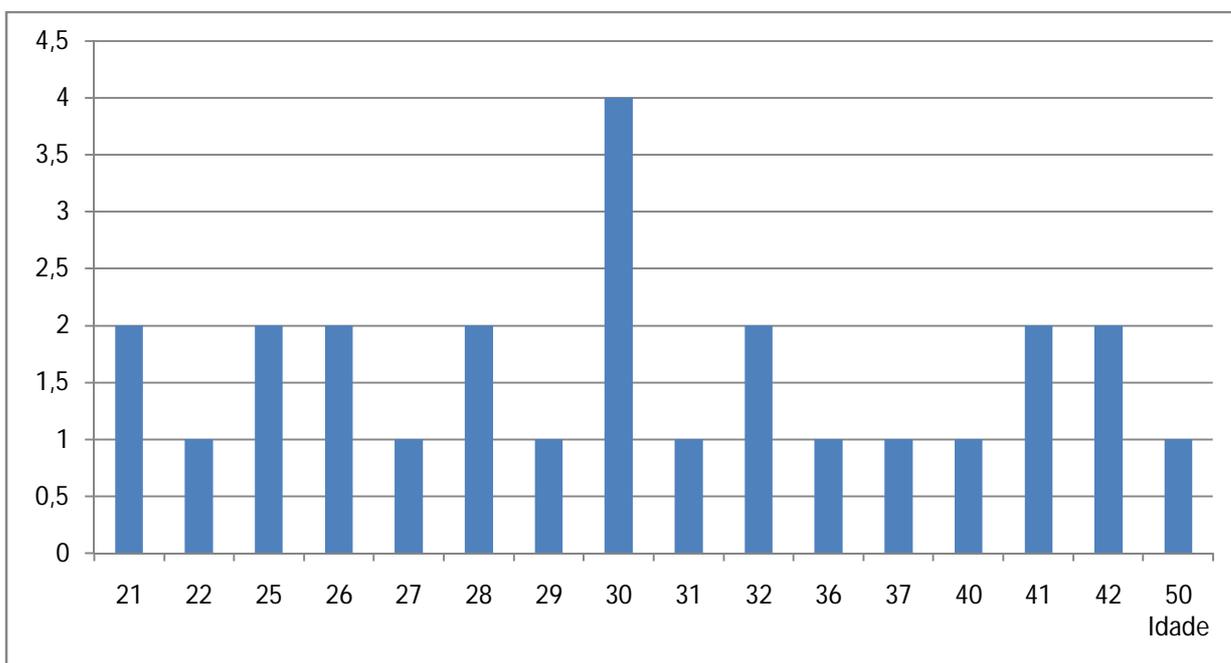
	Técnicos de enfermagem	Efetivos	Extra-quadro
Mulheres	21	7	14
Homens	5	-	5

Só para se ter uma ideia da situação de precariedade que a maternidade enfrenta em relação ao quadro de funcionários, basta dizer que dos 65 profissionais de enfermagem (entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuavam na UTIN e na URN no momento da pesquisa, 41 eram extra-quadro e apenas 24 estatutários. Entre outras categorias profissionais também havia extra-quadro, como por exemplo, a médica que é a chefe da UTIN.

Supostamente a situação do extra-quadro seria uma contratação temporária. Lamentavelmente não é isso que ocorre. Não há nenhum tipo de contrato, nem a carteira de trabalho é assinada, os trabalhadores não têm assegurados os direitos trabalhistas e no caso dos técnicos o salário que recebem é quase um terço do que o de um funcionário. Retornaremos a essa questão mais adiante no item 6.3.

Voltando às características gerais dos técnicos, as idades variam de 21 a 50 anos. A maior parte tem entre 21 e 30 anos (15 participantes), seguidos por 6 que estão na faixa de 31 a 40 anos e 5 entre 41 e 50 anos.

Gráfico 1: Número de técnicos de enfermagem por idade (anos)



Sobre o nível de escolaridade, 14 participantes têm apenas o curso técnico de enfermagem. Todos os profissionais que responderam o INSATS-BR declararam que eram técnicos de enfermagem, entretanto uma pessoa respondeu que tinha ensino fundamental completo e outra o ensino fundamental incompleto.

O restante dos participantes (10), que representa quase a metade, tem no mínimo o curso superior incompleto. Desses, três concluíram o curso superior, sendo que dois declararam ter sido em enfermagem e uma dessas pessoas tem o curso de pós-graduação em neonatologia.

Entre as técnicas que são estatutárias (7), duas tem ensino superior completo, sendo que uma com pós-graduação, cinco tem ensino superior incompleto e

apenas uma respondeu que tinha o ensino fundamental incompleto, cujo ano de admissão foi 1998. Vemos que a superqualificação dos técnicos é mais frequente entre os funcionários efetivos, o que pode ser um reflexo da dificuldade de entrada no mercado de trabalho para profissionais graduados. Souza⁷⁹, Masson¹⁴ e Souza⁸⁶ também encontraram em suas pesquisas em UTIN resultados semelhantes, em que pessoas atuavam como técnicas ou auxiliares de enfermagem, entretanto possuíam graduação e algumas até pós-graduação.

Quanto ao ano de admissão, as duas profissionais mais antigas ingressaram em 1998 através de concurso público. Nos anos de 2001 e 2002 foram admitidos respectivamente três e dois funcionários com vínculo extra-quadro. Através de concurso público, em 2003 ingressaram duas funcionárias e em 2006 mais uma. O quantitativo de técnicos teve um incremento maior a partir de 2008 com a admissão de cinco técnicos, sendo que dois eram estatutários. Em 2009 foram admitidos oito técnicos e em 2010 entraram três técnicos, todos extra-quadro.

Quadro 7: Ano de admissão dos técnicos de enfermagem na maternidade

Ano de admissão	Nº de técnicos	
	Efetivo	Extra-quadro
1998	2	-
2001	-	3
2002	-	2
2003	2	-
2006	1	-

2008	2	3
2009	-	8
2010	-	3
Total	7	19

Em relação ao tempo que atuam como profissionais deste ramo, este variou de 3 a 24 anos. Como o nível de complexidade da UTIN é cada vez maior, as exigências para trabalhar lá também são maiores. Apenas cinco participantes ingressaram na maternidade com menos de dois anos de experiência.

Quadro 8: Tempo de profissão (anos) e de ingresso na maternidade estudada

Experiência profis. (anos)	Tempo de trab. na maternidade (anos)	Nº de técnicos/as de enfermagem	Tipo de vínculo
3	1	3	Extra-quadro
3	2	1	Extra-quadro
4	1	1	Extra-quadro
5	1	1	Extra-quadro
5	2	1	Efetivo
6	2	1	Extra-quadro
7	2	1	Efetivo
7	4	1	Efetivo
7	7	1	Efetivo
8	1	2	Extra-quadro
8	8	1	Extra-quadro
9	1	1	Extra-quadro
9	7	1	Efetivo
9	9	2	Extra-quadro
10	10	1	Extra-quadro
11	1	1	Extra-quadro
13	1	2	Extra-quadro
18	2	1	Extra-quadro
18	8	1	Extra-quadro
20	12	1	Efetivo
24	12	1	Efetivo

Dez participantes exerceram outra atividade profissional antes de se tornarem técnicos de enfermagem. Eram elas: berçarista, babá, massoterapeuta,

balconista de medicamentos, almoxarife, comerciante, office boy, secretária e assistente administrativo.

Em suas falas, a maior parte dos técnicos revelou que escolheu essa profissão por gostar de cuidar dos outros. Mas há também aqueles que optaram por isso devido à facilidade de acesso ao curso e à boa empregabilidade que essa categoria profissional tem. Outra característica que destacaram foi que para essa atividade a idade do profissional não importa tanto, o que conta mais para a contratação é a experiência na área. Dessa forma conseguem manter a sua empregabilidade por maior tempo.

“Um técnico que atue em UTIN não fica desempregado, a menos que seja muito ruim. Pode ter vários empregos.”

É uma área bem fechada e a experiência assegura sempre uma colocação. É comum eles trabalharem em vários lugares. Frequentemente se encontram em outros hospitais, bem como com demais profissionais.

Na unidade estudada todos os técnicos e técnicas de enfermagem cumprem o plantão de 24 por 120 horas.

Entre os participantes, dezessete trabalham como técnicos ou auxiliares de enfermagem em outro hospital, a maioria atuando em UTIN e/ou CTI pediátrico. Segundo os técnicos essa preferência se deve a duas características: gostar de criança e do ritmo intenso de trabalho de uma UTI ou CTI. Entre estes

participantes, nove responderam que fazem mais um plantão de 12 por 60 horas, o que faz com que o total de horas varie de 48 a 60 horas de trabalho por semana, dependendo da semana. Três participantes responderam que trabalham 72 horas por semana e um chega a trabalhar 84 horas. Os outros quatro participantes que responderam que tem outra atividade não completaram a questão sobre o número de horas por semana.

Quadro 9: Tempo total de trabalho das/os técnicas/os de enfermagem por semana

Tempo total de trabalho por semana	Nº de técnicos/as
24	12
36	2
48	3
60	5
72	3
84	1

Quase todos os técnicos (24) responderam que realizam plantões extras. Sendo que, catorze responderam que realizam às vezes, cinco sempre e dois frequentemente. Apenas três participantes responderam raramente e um nunca realiza plantão. Um participante não respondeu a este item.

Para os técnicos e técnicas que trabalham em mais de um lugar o uso da agenda é imprescindível. Como os plantões são definidos por carga horária e não por dias da semana é preciso se organizar com certa antecedência para que não haja choque de horários. Quando isso acontece, geralmente fazem a

troca do seu dia de plantão com uma colega ou pagam para que ela cubra esse dia.

Os horários de trabalho, de certa forma, possibilitam que se acumule mais de um vínculo. Sendo assim, é comum que os trabalhadores façam isso para complementar o salário. Entretanto, quando acumulam tantos plantões que chegam a ocupar as horas de descanso, percebem que o custo é muito alto para a sua saúde e vida pessoal.

Uma técnica relatou que estava fazendo vários plantões para tentar aumentar a sua renda. Mas logo percebeu que estava comprometendo a sua saúde e também o seu convívio social e familiar, não tinha tempo para filha e nem pra si. Então fez as contas e viu que quase tudo que ganhava acabava gastando com remédios e pagando plantões para os colegas, então resolveu diminuir o número de plantões. Fala feliz que agora até consegue levar sua filha no parque, que isso parece trivial, mas para ela não era há muito tempo.

Entre os participantes dezessete responderam que os horários de trabalho os levam a levantar antes das 5 horas da manhã. Dez participantes responderam que os horários de trabalho os levam a deitar depois da meia-noite e sete responderam que levam a não dormir à noite. Vale lembrar que quando cumprem o seu plantão na maternidade entram às 7 horas da manhã. Considerando que a maioria mora longe e perde muito tempo com deslocamento, certamente no dia do plantão as/os técnicas/os devem acordar muito cedo, antes de o sol nascer. E durante o plantão, à noite descansam

apenas três horas: a primeira turma de meia-noite às 3:00 h da madrugada e a segunda turma de 3:00 às 6:00 h.

Na UTIN cada equipe de profissionais tem uma cor de uniforme, a dos médicos é verde, dos enfermeiros é azul e a dos técnicos de enfermagem é branca. Pode ser jaleco ou conjunto. A maternidade não fornece o uniforme. A maioria das técnicas veste uniforme com bordados infantis no bolso ou botões de bichinhos. Algumas também usam meias com motivos infantis. É como uma caracterização que indica qual é o tipo de público que elas lidam.

Para entrar na UTIN a recomendação da CCIH é que não se use acessórios. É preciso retirar anéis, pulseiras e relógios. Todas essas restrições são para evitar o risco de contaminação. Uma técnica reclamou disso: “*A gente fica parecendo uns machos.*” Porém, parece que as técnicas encontraram uma saída para isso, quase todas usam belas toucas coloridas e estampadas. E algumas também usam maquiagem, discreta, o suficiente para dar um toque de feminilidade.

No momento da pesquisa havia pelo menos um técnico (homem) em cada plantão, o que correspondia a 17% do quadro. Ficamos surpresas em encontrá-los, pois não é muito comum ter homens nesse tipo de unidade. O que os técnicos explicaram foi que essa é uma mudança recente. As antigas chefias de enfermagem não admitiam homens na UTIN. Ao que tudo indica era para preservar as mães, para que se sentissem mais a vontade nesse espaço, porque muitas amamentam seus bebês ali, algumas chegam a ficar quase

nuas pra isso. Então, não queriam que a presença masculina fosse constrangê-las ou mesmo pudesse causar algum estranhamento com os pais. Como vemos a chefia atual não deu continuidade a essa restrição.

Um técnico comentou que algumas mães, sobretudo as mais novas, no começo ficam um pouco desconfortáveis por ele ser homem. Porém, se percebe que isto pode significar algum constrangimento para a mãe, como quando é preciso orientar sobre a amamentação, chama uma colega para substituí-lo. Comentou que atualmente tem mais homens trabalhando com criança do que antes.

A maioria dos técnicos afirma que gosta muito do seu trabalho, gosta de lidar com os bebês. Parecem satisfeitos com a atividade que realizam.

Algo que nos chamou a atenção foi a animação dos técnicos, estavam sempre rindo, brincando uns com os outros, ridicularizando suas próprias fraquezas. Segundo Molinier¹⁰³ (p.239) isso são técnicas coletivas de elaboração do sofrimento centradas no reconhecimento do real e do fracasso, que estão sendo utilizadas pelas/os técnicas/os de enfermagem para elaborar as dimensões ambíguas e ambivalentes da experiência de cuidado.

6.1.5 | Vida familiar, trabalho doméstico e lazer

Sobre o estado conjugal onze participantes marcaram 'solteiro (a)', dez 'casado (a)' e cinco 'separado (a), divorciado (a), desquitado (a) ou viúvo (a)'.

Somente dois participantes moram sozinhos. Os outros moram com uma ou até seis pessoas, conforme mostra o quadro abaixo. Entre esses, apenas dois participantes marcaram que moram com pessoas que precisam de cuidados especiais.

Quadro 10: Número de pessoas que moram na casa junto com a/o técnica/o de enfermagem

Nº de pessoas que moram na casa junto com o participante	Nº de participantes
0	2
1	9
2	4
3	7
4	2
5	1
6	1

Entre os participantes, 14 têm filhos ou enteados. Sendo que doze marcaram que a idade dos filhos ou enteados era entre 0 e 12 anos, sete marcaram de 13 a 18 anos e seis responderam que eram maiores de 18 anos.

Todos os participantes responderam que conseguem conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho. Entre eles, doze marcaram 'sempre' e oito 'com facilidade'. Seis participantes responderam que conseguem 'com dificuldade', desses três têm filhos ou enteados entre 0 a 12 anos e os outros três são solteiros ou separados e não tem filhos ou enteados.

A seguir apresentaremos as tarefas que os participantes marcaram que são responsáveis quando estão em casa.

A respeito da tarefa de cuidar de crianças/adolescentes, metade dos participantes (13) respondeu que 'sim' são responsáveis por esta tarefa. Sendo que três marcaram que são responsáveis 'sozinhos', cinco 'a maior parte', quatro 'dividem igualmente com alguém' e apenas um marcou 'sim, mas pouco'.

Dois participantes responderam que eram responsáveis sozinhos por cuidar de pessoas que precisam de cuidados especiais. Um participante marcou que 'divide esta tarefa com alguém' e quinze marcaram que 'sim, mas pouco'.

Apenas um participante (homem) marcou que 'não participa da tarefa de limpeza' da sua casa. Todos os outros marcaram que eram responsáveis por essa tarefa, onde oito participantes responderam 'sim, sozinho', três 'a maior parte' e sete 'divido igualmente com alguém'.

Quase todos os participantes (25) têm a tarefa de fazer as compras de casa. Onze dividem igualmente com alguém essa tarefa, cinco fazem a maior parte e seis fazem sozinhos. Apenas um participante (homem) marcou que não participa desta atividade.

A maioria dos participantes (22) respondeu que é responsável por cozinhar em casa. Sendo que sete fazem sozinhos, dois a maior parte, quatro dividem com

alguém e onze cozinham, mas pouco. Apenas dois participantes marcaram que não participam desta atividade.

Quase todos os participantes (22) têm a tarefa de lavar/passar roupas, sendo que dez fazem isso sozinhos, três a maior parte, quatro dividem com alguém e cinco um pouco. Apenas quatro participantes responderam que não participam dessa atividade.

Metade dos participantes respondeu que não é responsável pelos serviços de manutenção da casa (reparos). Na outra metade, quatro fazem sozinhos, três a maior parte, um divide com alguém e cinco fazem pouco.

6.2 | O trabalho das técnicas e técnicos de enfermagem na UTIN

Neste item apresentaremos alguns aspectos do trabalho na UTIN que foram destacados pelas técnicas e técnicos de enfermagem; o início na UTIN e características das relações que estabelecem com o público e com os demais profissionais nessa atividade. Para tanto utilizaremos os resultados obtidos na aplicação do INSATS-BR, nas conversas e também no Encontro I.

Os técnicos consideram que o trabalho na UTI Neonatal tem sua peculiaridade, ainda mais por lidarem com bebês. Uma UTI normalmente representa uma unidade que lida com a saúde dos pacientes numa situação extrema, em que o risco de morte é mais presente. Porém, para eles a UTIN tem como maior

característica a vida, a evolução. Esse é um valor comum entre eles. Uma técnica comenta:

“Aqui a recompensa é a vida. Até tem casos de bebês que nascem com 25, 26 semanas que acabam morrendo, mas a maioria sobrevive.”

Outra técnica complementa:

“É o início da vida. A gente corre atrás das crianças, batalha junto com elas para justamente elas sobreviverem e terem uma vida pela frente. Acho que adulto é diferente... Ele já viveu tudo...”

Muitas técnicas e técnicos demonstraram em suas falas a satisfação de saber que, apesar da situação de gravidade e/ou fragilidade dos bebês, o fruto do seu trabalho na maioria dos casos será positivo. Sabem que os seus esforços junto com os da equipe, em certa medida, podem fazer a diferença entre a vida e a morte dos bebês.

Os técnicos consideram que o trabalho na UTIN requer a conquista de determinadas qualidades que compoariam uma competência industriosa, das quais parecem se orgulhar. Em sua pesquisa numa UTIN, Masson¹⁴ também observou essa característica entre as auxiliares de enfermagem. Os técnicos comentaram que fora dessa unidade os cuidados são mais abrangentes. O nível de complexidade dos procedimentos e dos cuidados é maior na UTIN. E

as/os técnicas/os que lá atuam devem se atualizar através de cursos oferecidos de tempos em tempos pela própria maternidade.

Uma técnica fala sobre outras técnicas de outras unidades: *“Tem meninas aqui que não tem experiência de UTIN. Quando acontece de irem pra lá, não correspondem às expectativas, ficam perdidas lá dentro.”* Entendemos que quando ela refere-se à experiência, na verdade está ressaltando a importância da aquisição dessa competência industriosa para atuar ali. Os técnicos falam da importância da experiência na UTIN, de entender o funcionamento daquela unidade, é provável que estejam se referindo também às normas antecedentes.

Uma diferença da UTIN para outras unidades é que o esforço físico é menor, já que os bebês são muito leves e o manuseio com eles é mínimo. Porém, as/os técnicas/os alegam que o cansaço mental é maior. Há uma demanda relacionada à concentração e à atenção. Segundo eles, isso se deve ao fato dos bebês não falarem, o que demanda uma atenção maior para conseguir identificar os seus sinais e também devido à situação que se encontram inspira maiores cuidados. No INSATS-BR a maioria dos técnicos (19) marcou que o seu trabalho tem exigências excessivas relacionadas com momentos de atenção e concentração, devido a ritmos de trabalho elevados.

Uma técnica comentou: *“Para trabalhar aqui tem que estar atenta o tempo todo, 100%. Tanto nos equipamentos que monitoram o quadro dos bebês quanto aos próprios bebês.”*

Felizmente os equipamentos são novos, bem como recebem manutenção adequada, o que os torna mais confiáveis. Porém, são inúmeros equipamentos que ficam o tempo todo alarmando. Pode ser, por exemplo, simplesmente porque o bebê se mexeu e o contato do aparelho saiu do lugar, mas também pode ser uma parada respiratória.

“Então você se acostuma a ficar ligado. Porque se o monitor está alarmando você tem que olhar o que está acontecendo, entendeu? Se não pode acontecer o pior, você não olha e a criança para.”

Nesse tipo de unidade o barulho, os alarmes e a luz dificultam a diferenciação entre dia e noite. E os profissionais vivenciam períodos de sobrecarga sensorial que se alternam ou interatuam com monotonia perceptiva⁸⁵.

Durante a pesquisa observamos que os técnicos estão sempre atentos a tudo o que acontece no ambiente, sobretudo em relação aos bebês, a todos, tanto os que estão responsáveis quanto os demais, mesmo que tudo esteja “tranquilo”. Eles ficam sempre atentos às informações sonoras e visuais dos equipamentos. Sabem discriminar os sons do oxímetro, do monitor, da bomba, do respirador, da incubadora, etc. A visão está sempre percorrendo as incubadoras e observando como estão os bebês, a sua cor, os seus movimentos, as suas expressões. Os ouvidos estão sempre atentos aos aparelhos, aos tipos de choro e aos sons. Além disso, algumas técnicas também relataram que às vezes sentem que algo não vai bem com determinado bebê. Algo que não encontra necessariamente explicação ou

algum dado concreto ou objetivo é algo intuitivo. E na falta de argumentos que justifiquem sua suspeita, o que fazem é ficar ainda mais atentas àquele bebê.

Enfim, há uma mobilização do *corpo-si*⁹³. Se muitas das escolhas são feitas ao nível da consciência, ao mesmo tempo tudo isso se entrelaça também com escolhas que são feitas no nível de uma economia do corpo⁹³. Em que parar evitem a fadiga e conseguirem manter a atenção necessária, as técnicas e os técnicos recriam no infinitamente pequeno, nas minúcias dos modos operatórios, as sequências que tornam a situação vivível, no sentido muito fisiológico, muito muscular, muito corporal⁹³.

“A UTIN não é para qualquer um, tem que gostar porque tem gente que entra aqui e não aguenta passa mal e sai logo. Aqui é assim... (movimenta-se, faz gestos parecendo indicar que há um ritmo mais acelerado) é mais movimentado. Mas eu gosto disso.”

A fala da técnica ilustra a questão da necessidade de determinadas características para atuar ali, que elas “possuem”, mas que não é para qualquer pessoa. Dessa forma, elas parecem valorizar o seu ofício. E apontam para a complexidade da sua atividade de trabalho com suas demandas sobre os aspectos técnicos, mas, sobretudo sobre os aspectos que mobilizam o *corpo-si*⁵. Entendemos que não é só o ritmo de trabalho que é mais intenso, são vários aspectos que se apresentam de forma mais intensa, como as dimensões imateriais e relacionais presentes nessa atividade. É preciso ser forte para aguentar tudo isso, para suportar, sem se deixar abater. Tem que

gostar para conseguir lidar com todas essas dimensões presentes na atividade e conseguir realizá-la.

Masson¹⁴ também encontrou resultados semelhantes em sua pesquisa com auxiliares de enfermagem, elas também pontuaram que não é qualquer pessoa que poderia estar ali fazendo o seu trabalho, valorizando assim o saber que detêm. Destacaram também características que têm ou conquistaram das quais se orgulham e que ajudam a definir seu ofício¹⁴ (p.65).

Outra característica apontada pelos técnicos sobre o trabalho na UTIN foi o seu caráter imprevisível. *“Está calmo, mas em 20 minutos tudo pode mudar.”* Esta imprevisibilidade associada a sua atividade, tanto pode resultar da chegada de um novo bebê como da mudança repentina no quadro de um que está internado. Entendemos que o desafio coloca-se em termos do testar as suas competências em meio a essa tensão, de ter que estar preparado para lidar com as adversidades no dia a dia. De colocar em jogo, durante a produção direta da atividade, diferentes ingredientes da competência⁴⁸.

Os técnicos consideram que os cuidados por eles realizados podem até parecer simples ou pequenos, mas são um componente importante para a saúde dos bebês. Sabem que são uma peça essencial nessa engrenagem. Há uma valorização do seu trabalho e do seu coletivo. Buscam fazer sempre o melhor porque qualquer coisa que seja feita errada poderá trazer sequelas para toda a vida daquela criança. A respeito disso, um técnico falou: *“Você se sente importante nisso. É pequeno, mas, no conjunto é muito importante para a*

criança. Já com o adulto é diferente, se ele não quiser melhorar não tem muito que fazer.” Os técnicos até consideram que os bebês também lutam pela vida. Mas o que se coloca como um valor comum para eles é que a vida dos bebês está em suas mãos - evidentemente que se trata aqui da especificidade da sua atividade -, então precisam fazer o melhor possível para que tudo corra bem. Destaca-se assim uma função do trabalho no plano psíquico: a participação na construção de um viver junto¹⁰⁴.

"É que, quando se realiza um trabalho, para retomar a expressão de Maurice Godelier, "produz-se sociedade", isto quer dizer que mesmo a *mínima*, na maneira como se faz o trabalho, coloca-se em ato pertinente à idéia que se tem do que deve ser o mundo e do que deve ser a sociedade"¹⁰⁴(p.236).

Já uma técnica ressalta a importância de um pequeno cuidado para trazer maior acolhimento e bem estar para o bebê. "*Pode ser um simples encostinho, sabe? Para alongar, a coisa toda, o corpinho deixar ele todo confortável... É só pegar um paninho colocar assim* (faz um gesto indicando que precisa envolver o corpo do bebê), *faz diferença.*" Dessa forma, remete-se a um patrimônio de saberes construído coletivamente sobre *o uso de si pelos outros*⁴⁷.

Para a maioria dos técnicos, o que caracteriza o trabalho ali é o cuidado, a dedicação que é preciso ter com o bebê. "*A gente aqui chama eles de filhos. Então você cuida como se fosse um filho seu. Você tem que ter um cuidado de verdade, o carinho é maior, por ser bebê, por ter acabado de nascer, de você acompanhar o desenvolvimento.*" Sendo assim, chamar o bebê de filho e cuidar como tal configura-se uma *regra de ofício*¹⁰⁵.

A UTIN é uma unidade que tem poucas perdas e onde se consegue ver a melhora dos pacientes. Poder realizar os cuidados e acompanhar a recuperação e a evolução dos bebês foi destacado pela maioria dos técnicos como algo que traz muita satisfação na sua atividade.

“O trabalho na UTIN é gratificante, porque os prematuros entram miudinhos, vão evoluindo e saem maiores por conta dos cuidados.”

Em pesquisa com trabalhadores de UTIN, Souza⁷⁹ também observou que eles consideram como um fator gratificante do trabalho a alta hospitalar.

Receber visitas dos “ex-pacientes” ou mesmo notícias os deixa felizes e também orgulhosos do trabalho realizado. *“É uma satisfação quando eles voltam e você vê que ele está bem, que o trabalho foi bem feito. Que foi sem sequelas o processo todo.”*

Todos os esforços, tanto dos técnicos e das técnicas de enfermagem quanto de todos os demais profissionais da UTIN são em prol da saúde dos bebês. Para que eles se recuperem e estabilizem o quadro o quanto antes, recebam alta e preferencialmente saiam sem sequelas. É uma luta dos bebês, das famílias e dos profissionais pela vida. Por isso, todos ficam felizes quando veem que a criança está bem, com saúde. “Quando o paciente sai da hospitalização sem seqüelas físicas, deficiências ou perdas funcionais ocasionadas pela patologia ou pelo próprio tratamento, maior é o grau de satisfação dos profissionais”⁷⁹ (p.83).

Os técnicos consideram que seu trabalho é reconhecido pelas famílias dos pacientes. As mães agradecem, escrevem cartas que deixam expostas nos murais no corredor da Unidade Neonatal. Cartas que, em geral, referem-se a todos profissionais e muitas vezes identificando-os pelos nomes. Algumas vezes prestam homenagens aos profissionais, levam bolo quando o bebê tem alta, fazem festinha de despedida, tiram fotos com a equipe e até convidam para a festa de aniversário de um aninho.

Uma técnica mostrou-nos um álbum de fotos de gêmeos que passaram pela UTIN e os pais deixaram de recordação para elas. Um veio a falecer. No álbum tem fotos dos meninos com boa parte dos profissionais que atuam na UTIN. As técnicas comentaram que se comunicam com algumas mães também pelas redes sociais na internet. E assim acompanham o crescimento das crianças que passaram por ali, através das fotos, emails, recados e conversas online. Com isso demonstram que o interesse pela vida dos bebês vai muito além dos cuidados iniciais, ficam felizes em saber como está seu desenvolvimento depois da alta hospitalar. O que em parte também confirma que os seus serviços, bem como os dos demais profissionais da UTIN, foram bem feitos. Mas também revela que nessas relações são criados vínculos afetivos com essas crianças e suas famílias.

A maioria das/os técnicas/os considera que seu trabalho também é reconhecido pelos colegas, pelas chefias e pelo público. Só acham que não é valorizado pela sociedade, no sentido salarial. De acordo com as respostas no

INSATS-BR, de uma forma geral os participantes não se sentem explorados no trabalho.

O reconhecimento vindo seja dos superiores hierárquicos, colegas ou pacientes dizem respeito ao *juízo de utilidade* do trabalho realizado, ou seja, é sobre o *fazer* e não sobre a *pessoa*²² (p.75). E essa retribuição simbólica conferida pelo reconhecimento da qualidade do trabalho pode ganhar sentido em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo²².

Conforme as respostas do INSATS-BR, a maioria dos participantes (18) considera que poderão realizar este trabalho quando tiverem 60 anos, sete participantes não concordam com isso. Dezenove participantes responderam que gostariam que seus filhos realizassem o mesmo trabalho que o seu, caso manifestassem vontade, cinco não gostariam e dois não responderam. Embora esses dois itens tenham gerado bastante polêmica durante a aplicação, os resultados foram favoráveis, o que indica que apesar de tudo as técnicas e técnicos têm uma percepção positiva do seu trabalho.

Ainda de acordo com as respostas no INSATS-BR, todos os participantes consideram que aprendem coisas novas com seu trabalho, ainda que ele também seja monótono. Quase todos os participantes (23) também marcaram que é um trabalho variado e (19) criativo. Essa aparente incoerência nas respostas revela o quanto o trabalho é formado por múltiplas faces e quanto buscar categorizá-lo, colocá-lo em definições estanques pode ser uma armadilha, pois essas faces coexistem e estão em transformação permanente.

Dezesseis participantes não consideram o trabalho muito complexo/difícil. Nas falas, eles trouxeram que o começo foi difícil, mas como já têm um domínio maior atualmente, não consideram mais nada difícil. Porém consideram que está cada vez mais complexo. Enquanto respondia essa questão uma técnica comentou que devido à complexidade crescente do trabalho suspeita que em alguns anos serão substituídos pelos enfermeiros. E de fato, essa já uma realidade em alguns países, como Cuba.

Durante as visitas, que foram a primeira parte da pesquisa de campo, quase todos os técnicos afirmaram que gostavam do plantão de 24 por 120 horas. Apresentaram vários argumentos, como:

- Dessa forma ficavam responsáveis pelos cuidados dos bebês às 24 horas, o que significava uma constância no cuidado e também uma intensificação na relação com as mães, o que poderia facilitar a conquista da confiança no trabalho da equipe;
- Houve aqueles que acharam que assim era mais fácil para conciliar com outro plantão;
- Sobra mais tempo para resolver o que for preciso da vida pessoal. E esse é um aspecto importante, sobretudo para aquelas técnicas que são mães e assim conseguem conciliar trabalho e a criação dos filhos;
- É melhor para quem mora longe, pois assim não se perde tantas horas do dia só com deslocamento. Considerando que a maioria das/os técnicas/os afirmou que mora longe, isso numericamente representa um ganho de horas significativo;

- Teve os que consideraram que o trabalho rende mais assim e nem sentem o dia passar, só vão sentir o cansaço quando chegam em casa;
- E algumas técnicas falaram que a vantagem é que assim ficava um pouco mais fácil 'se desligar' dali quando saiam do trabalho, sendo só uma vez por semana não se sentiam tão absorvidas pela relação com os bebês e as famílias. Retornaremos a essa questão no item 6.3.

Somente duas pessoas falaram que não gostavam desse tipo de horário porque achavam que realizar o trabalho noturno interferia nas suas vidas pessoais, uma que preferia estar com o marido e outra que não gostava de deixar seus filhos sozinhos em casa. Há também as vezes em que o plantão será no final de semana. Isso significa que para elas o debate entre as suas normas, os seus valores e as normas da organização⁴³, se desenvolvia em desvantagem, porque para continuar trabalhando tinham que se privar desse convívio com o marido e os filhos, o que é algo importante para elas.

No decorrer da pesquisa percebemos que a aproximação obtida com as técnicas e os técnicos de fato desencadeou neles uma maior consciência e reflexão sobre o trabalho e a sua relação com a saúde. Constatamos através dos seus comentários quando nos reencontrávamos que a participação na pesquisa provocou em muitos técnicos o início de um diálogo interno¹⁰⁶ sobre essas questões, bem como suscitou conversas entre eles.

6.2.1 | O início na UTI Neonatal

Em vários momentos nas falas, as/os técnicas/os trouxeram o caráter desafiador da atividade. E ele começa já no início da profissão, nos primeiros contatos com os bebês internados e o medo de manuseá-los, porque são muito pequenos e delicados. É preciso aprender a dosar a força e a trabalhar mais a motricidade fina.

“No começo você fica igual a um carrapato, colado num outro técnico, só para aprender. Não tem tempo para explicar como se faz, você mostra na prática.”

Logo que entram, as/os técnicas/os ficam um mês acompanhando outra/o técnica/o mais experiente, apenas observando. Então vão entrando em contato com os saberes-fazer, as regras, os valores do grupo⁹³ das técnicas de enfermagem. Aos poucos eles começam a realizar alguns procedimentos de rotina, como a dieta, sob a supervisão de um/a técnico/a ou enfermeiro/a. E à medida que eles vão adquirindo habilidades aumentam o número de procedimentos que podem realizar. Até chegar o nível em que podem realizar os cuidados sozinhos. Gradativamente começam a lidar com bebês que exijam mais cuidados, até chegar aos casos mais graves. “Esse “treinamento” feito delas para elas próprias envolve transmitir, através do acompanhamento (não sistemático) das novas colegas, as características de seu coletivo, ancoradas em um ofício”¹⁴ (p.46).

Os técnicos falam que no começo todos tinham muito receio de lidar com os bebês, mas aos poucos foram ganhando segurança, à medida que foram orientados. Nesse sentido, a equipe que recebe tem um papel fundamental no aprendizado. O que os técnicos consideram uma característica marcante é que numa UTIN poucas são as pessoas que não querem ajudar. Parece que há uma predisposição maior para isso. Eles acreditam que normalmente quem trabalha com neonatologia ou mesmo pediatria acaba se sensibilizando mais com os pacientes e por isso se dedicando mais também.

Suspeitamos que a questão do grau de dificuldade para realizar procedimentos não está somente associada à conquista de competências técnicas para isso⁴⁸. De certa maneira, é preciso também conseguir suportar os sentimentos, como por exemplo, a compaixão. Apesar dos anos de experiência e de saber como fazer, uma técnica confessou que não gosta de puncionar o bebê. É tão difícil lidar com a idéia de causar dor ao bebê ou ter que presenciar isso, que por mais que saiba que é em proveito da saúde dele, se possível ela pede para um colega e até sai de perto. *“Dá muita pena, aquilo dói.”*

O barulho constante dos apitos dos equipamentos causa muito incômodo, sobretudo no início. O ruído constante dos equipamentos como causador de incômodo também foi apontado nas pesquisas de Souza⁸⁶ e de Masson¹⁴. Os técnicos comentaram que é difícil se acostumar com o barulho. *“Todo mundo fica nervoso com os apitos.”* No primeiro mês continuam ouvindo os apitos, mesmo quando estão fora dali, chegam até a sonhar com isso. O que demonstra o quanto essa atividade também exige um auto-controle, de

aprender a conviver com algo que causa incômodo e afeta o humor da pessoa. Mas com o passar do tempo, se acostumam. Talvez seja a entidade enigmática *corpo-sí*⁹³ que vai fazendo os ajustes na economia do corpo a ponto de transformar um estímulo que causava irritação em uma “ferramenta” imprescindível para a realização da sua atividade na UTIN.

6.2.2 | *Tem que ser equipe, não pode ser “euquipe”*: a importância da cooperação entre as técnicas e os técnicos de enfermagem

Todas as equipes de técnicos de enfermagem demonstraram ser bem entrosadas. Os técnicos acreditam que por ser uma unidade fechada e pela característica do plantão, que é de 24 horas direto, isso faz com que se intensifique o contato e se conheça mais as pessoas. O que eles consideram que facilita a relação. Gaíva e Scochi¹¹ encontraram resultados semelhantes, destacando que é o convívio efetivo mais próximo entre os diferentes tipos de trabalhadores que possibilita o desenvolvimento de um trabalho cooperativo, ainda que centrado exclusivamente no modelo clínico.

Em diferentes níveis de intensidade, todos os técnicos comentaram o quanto gostam de trabalhar com a equipe do seu plantão e o quanto é fundamental que o trabalho seja realizado de forma coletiva, não pode ser “euquipe”.

“... Então a gente tem que ser unido, quando a equipe está muito unida tem que fechar mesmo e entender até o problema daquele técnico mais difícil, daquele colega mais difícil. Vejo isso na hora de dormir, todo mundo procura

entender que ela (aponta para a colega) não consegue dormir no primeiro horário, descansar no primeiro horário. A gente agora já entende. No início é sempre aquele choque, todo mundo briga. Mas hoje em dia a gente já entende que ela tem problemas de descansar no primeiro horário. Então sempre que ela quer, ou às vezes eu estou mais cansada vou no segundo, vou até ela ou ela vem até mim. A enfermagem tem que ter fechamento porque isso daqui é um cordão. Se ela falhar, ela não vai falhar sozinha, vai falhar eu, vai falhar fulana... vai todo mundo no mesmo barco.”

Constatamos que para que o convívio na equipe seja bom, é fundamental que aprendam a lidar com as particularidades de cada um, como destacou a técnica: “*entender até o colega mais difícil*”. O que pode levar um tempo e até lá ter alguns desentendimentos no caminho. Porém, depois eles aprendem a conviver bem, sobretudo porque isso se coloca como fundamental para que realizem um bom trabalho de equipe. E esse lhes é um valor muito caro.

É curioso que eles não achem que o seu trabalho dependa do trabalho dos colegas, mas todos concordam que é frequente a necessidade de ajuda entre eles. Gaíva e Scochi¹¹ observaram que no processo de trabalho na UTIN a produção de cuidados acontece por meio do trabalho coletivo, em que as ações podem ser realizadas isoladamente, por cada um dos profissionais, ou em cooperação entre os agentes da mesma área ou ainda em complementaridade entre áreas diferentes.

Percebemos que para as técnicas o seu trabalho não depende diretamente do outro, porém é como se fosse uma trama em que estão interligados. “*Para que você trabalhe bem, o do seu colega tem que estar indo bem, porque é uma coisa só.*” Essa diferença que estabelecem pareceu-nos indicar que a produção de serviço para os técnicos de enfermagem tem a princípio um caráter individual. Mas ao mesmo tempo essa produção também tem um caráter coletivo implícito. Tentaremos explicar isso de outra forma. Um valor muito forte para esse coletivo⁹³ é realizar o seu trabalho da melhor forma possível e isso significa oferecer a melhor assistência a todos os bebês. Então esse valor torna-se o norte para eles, o que faz com que ao mesmo tempo em que estão cuidando dos seus bebês também estejam atentos aos outros. Até porque sabem que essa divisão que é feita em termos de números de bebês para cada técnica/o não dá conta das adversidades enfrentadas na atividade. Muitas vezes precisam ajudar os colegas por conta da urgência do quadro ou mesmo pela complexidade do cuidado. E esse movimento de se colocar disponível para cooperar com o outro acontece de forma espontânea ao menor sinal, às vezes basta um olhar para se fazerem entender pelos colegas. Assim como, quando percebem algo de errado com o bebê de uma colega, imediatamente o atendem e depois, se for o caso, chamam a responsável por ele.

Durante a pesquisa, houve momentos de uma técnica ou um técnico estar conversando conosco e sem que fosse preciso pedir, outra técnica ou uma enfermeira assumia a dieta e/ou a medicação também para os seus bebês. Os técnicos sabiam que não precisavam pedir, nem negociar para que a colega cuidasse dos seus bebês. Isso demonstra bem o que há por trás deles, uma

vida em comum criada pelas próprias pessoas e que foge completamente dos organogramas e prescrições de todo tipo¹⁰⁷. Esses

“elementos de cooperação cujas fronteiras, cuja natureza e densidade daquilo que lá se passa não podem ser jamais antecipadas nem prescritas – e que não são jamais, portanto, equivalentes àquilo que se previu - e que são fundamentais”¹⁰⁷ (p.163),

Tais elementos são o que a ergologia denomina *entidade coletiva relativamente pertinente* (ECRP)¹⁰⁷. A cooperação trata da “vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho”²² (p.69).

Observamos que a linguagem corporal que usam, como a troca de olhares, também funciona como uma forma de defesa desse coletivo. Através dessa comunicação silenciosa eles se unem cobrindo possíveis faltas dos colegas diante de outros profissionais ou mesmo familiares dos bebês. Por exemplo: quando percebem alguém se aproximando de um bebê que por algum motivo o técnico responsável não está presente naquele momento, imediatamente alguém assume a posição. É como se não deixassem descoberto, a atividade daquele que se ausentou passa a ser do grupo. “... *É porque se alguém falar assim: - Quem é que está com esse bebê aqui? Você fala: - Sou eu, o que eu houve? Ou você fala é a colega, mas o que aconteceu? Não, não sou eu, não está comigo não. A gente nunca fala assim, entendeu? - Vem cá, quem está com esse bebê aqui? É da colega, mas posso ajudar em alguma coisa?* E depois passam para a/o colega que se ausentou o que aconteceu. As técnicas e os técnicos agem sempre tentando preservar o seu coletivo profissional.

6.2.3 | As relações com a chefia e demais profissionais

Para as técnicas e os técnicos a relação com a chefia e os demais profissionais é boa. Muitos técnicos reforçam que não há como não ter uma boa relação com os demais profissionais porque eles têm que conviver no mesmo espaço durante muitas horas continuamente toda semana. De acordo com um técnico: *“A criança depende tanto de um quanto de outro profissional. Então a troca é muito importante.”*

Uma técnica comenta que o entrosamento é maior com a equipe de enfermagem, mas que tentam manter bom relacionamento com as outras equipes, no caso, de médicos. Diz que se posiciona, pergunta, tenta entender. Mas complementa que os médicos de um modo geral procuram manter certa distância.

Outra técnica acredita que por se tratar de um hospital escola a questão da hierarquia não se apresenta de forma tão marcante. Os profissionais estariam mais abertos ao diálogo por reconhecer a importância do trabalho de cada um no processo e por respeito a ele.

No INSATS, a maioria dos técnicos (19) marcou que a sua opinião é considerada para o funcionamento do serviço, que é possível expressar-se à vontade e discutir o trabalho regularmente e informalmente. Entretanto, percebemos nas falas, que eles consideram que para que ocorra de fato essa

troca é preciso que os demais profissionais confiem no seu trabalho. Dejours¹⁰⁸ destaca que a confiança é uma condição para a visibilidade.

“A confiança não se fundamenta nas competências psicológicas, mas nas competências éticas. Está fundamentalmente ligada à efetividade de uma congruência no tempo, entre uma palavra dada e o comportamento que a segue”¹⁰⁸ (p.53).

As técnicas falaram que tem médico que quando ainda não confia no trabalho de determinada pessoa, nem se dirige a ela, a ignora no setor. E se tiver alguma dúvida, fala diretamente com a enfermeira. Por outro lado, quando conquistam a confiança dos demais profissionais com seu trabalho, também se sentem reconhecidas, o que as/os deixa orgulhosas/os.

Num determinado momento, as técnicas falaram que muitos médicos conversam com elas sobre os bebês e sua evolução e às vezes até aceitam sugestões, como: retirar a sonda e fazer a dieta pelo copinho quando percebem que o bebê está aceitando. E em outro momento, essas mesmas técnicas falaram que para que a confiança se mantenha é preciso agir sem errar jamais. “... *Se percebem uma falha no desempenho do profissional, pronto! Eles não têm mais confiança neste profissional!*” E certamente o receio de que haja a perda da confiança pelos médicos está em jogo no debate de normas e valores⁵ presentes na atividade das técnicas. A fala seguinte ilustra isso:

*“No plantão passado, quando as pessoas foram descansar^{*****}, trabalhamos pra caramba... Trabalhamos a beça. 'Ficou' só nós três na UTI 1 com o bebê de*

^{*****} No momento do descanso da noite, enquanto uma metade da equipe está descansando, a outra fica acordada cuidando de todos os bebês. As técnicas consideram que há uma

Camila, por causa do transporte (deslocamento para outro hospital). Realmente o negócio pegou fogo. Ai ficamos os três para ajeitar aquela confusão na incubadora para poder fazer o transporte. Ficamos um tempão ali. E ai a doutora foi e perguntou sobre o bebezinho da Maria... Realmente ele estava fazendo inúmeras quedas de saturação, só que a outra criança, a da Magali estava fazendo também. E muitas vezes a gente não anotava ali na hora. Sabe, anotar as apneias?! Não dava tempo, entendeu? Ai a doutora falou: “ – ‘Peraí’, esse bebê fez mais apneia do que está escrito aqui. Não é possível, eu mesma vim aqui e sacudi a incubadora várias vezes porque ele estava fazendo apneia”. Aí depois eu vi ela conversando com a enfermeira: “- Não estavam anotando, eles não estavam anotando, não sei que!” Isso realmente é uma falha nossa! É! Mas por motivo é de força maior. O quadro estava reduzido, não pelo fato que estivesse reduzido, tinham crianças demais e crianças pedindo atenção. Urgente! E isso meio que dá uma queimada no nosso filme. Você está entendendo? Tem uma falha. Mas isso já desencadeia uma série de reclamações pra chefia de enfermagem e pra chefia da UTIN, como se isso fosse uma coisa comum.”

Nessa dramática o uso de s⁵ vivenciada pela técnica no momento da atividade, ela colocou em questão: seguir as prescrições realizando o atendimento ao bebê que está fazendo apneia e logo em seguida anotar no prontuário e com isso comprometer a situação dos outros bebês que também precisavam de atendimento com urgência. Ou priorizar o atendimento aos bebês em

sobrecarga de trabalho nesse momento. É preciso que os três técnicos que estão acordados estejam bem entrosados para conseguirem organizar bem o trabalho.

detrimento do preenchimento preciso nos prontuários, o que leva a uma realização incompleta da sua atividade e pode comprometer a sua imagem frente à médica e os demais profissionais. Pela escolha feita pela técnica de enfermagem o valor de oferecer sempre a melhor assistência foi preponderante ao risco de ter a confiança no seu trabalho abalada.

Outro atributo destacado, sobretudo pelos técnicos mais experientes, foi a importância de uma postura profissional firme. “*Você tem que saber se impor. Você sabe o que está fazendo.*” Com isso demonstram que ainda há barreiras hierárquicas para transpor. E como é um espaço de trabalho em que os aspectos técnicos são valorizados, entendemos que a forma que utilizam para conquistar isso é justamente se apoiando em tais aspectos. E mantendo uma postura firme, isto é, não se deixar constranger pelas relações de poder, fortalecendo dessa forma o patrimônio de conhecimento acumulado por esse coletivo.

As técnicas comentaram que a equipe médica organiza *rounds*, são reuniões em que se analisam, estudam, discutem e avaliam os casos dos pacientes. É aberto a todos os profissionais, mas os técnicos alegam que não conseguem participar, pois estão sempre com muito trabalho a fazer e qualquer ausência implica em sobrecarregar os colegas. Alguns técnicos comentaram que em outros hospitais costumam participar. As chefias de enfermagem participam e depois repassam as resoluções para eles. Mas mesmo assim, às vezes ainda de se sentem um pouco perdidos em relação aos encaminhamentos.

“Então às vezes muda alguma coisa e a gente não sabe de nada. Porque: “-Ah! Mudou o que?” “Mas ‘tá’ aqui na prescrição”. E não avisam. Aqui é muito, assim. É meio estranho. Agora é assim ainda. Tanta modernidade, mas é... Então se eu vir assistir o round fica meio estranho porque não é o cotidiano, não é uma coisa que acontece.”

Os técnicos comentam que gostariam de participar, tanto pelo interesse em poder aprender mais, quanto pela contribuição que acreditam que poderiam fornecer, uma vez que são eles que ficam direto com os bebês. Entretanto ainda têm uma postura passiva diante disso, ficam esperando que o convite parta das chefias.

“O nosso relato e o do pessoal da enfermagem é muito importante. É a gente que fica com as crianças, às vezes a gente descobre muitas coisas também que o médico não consegue ver.”

Nas suas falas os técnicos demonstram muito interesse em saber sobre cada caso, o que significa determinada síndrome, o que isso implica para o tratamento, para o futuro da criança, quais são os sintomas, se há algum cuidado especial. Querem entender porque determinado tratamento é substituído por outro. O que isso significa? Quais são as suspeitas? De que forma podem contribuir para identificar o quanto antes algum sintoma? Então, vão buscar mais informações nos prontuários, perguntam às chefias, aos médicos, buscam se informar. Fica muito claro que não querem simplesmente cumprir as tarefas que lhe são impostas, querem saber o que estão fazendo,

do que se trata. Entendem que cada categoria profissional tem suas competências e gostariam que as suas fossem mais valorizadas.

De uma maneira geral, as características da relação dos técnicos com os demais profissionais pareceram um tanto ambíguas. Ora afirmando que é boa, que é de troca, ora revelando os espaços e limites bem demarcados pela hierarquia e o medo de enfrentar, de se expor, entre outros aspectos. Entendemos que essa diversidade nas respostas revela a polifonia e a ambigüidade que é própria do ser humano com toda a sua riqueza e complexidade.

6.2.4 | A relação com o público

Para a atividade das/os técnicas/os de enfermagem na UTIN o público direto são os bebês e os seus familiares, sobretudo as mães. A seguir apresentaremos alguns aspectos dessa relação.

De acordo com as respostas no INSATS-Br, a maioria das/os técnicas/os considera que sempre é necessário lidar com as exigências do público. E com certa frequência lidam com situações de tensão nessas relações. Mais da metade das/os técnicas/os afirmaram que às vezes é necessário modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público.

Em diferentes intensidades todos os técnicos consideram que os contatos com o público são bons. Porém, boa parte das/os técnicas/os considera que às

vezes esses contatos também podem ser desgastantes e raramente desagradáveis.

Constatamos através das respostas no INSATS-BR, que para a maioria dos participantes as exigências ou necessidades do público podem ser imprevisíveis, justas e claras. Mas às vezes ou raramente também podem ser sem cabimento ou difíceis de compreender. Normalmente conseguem atender as solicitações dos clientes. Consideram que quase nunca são difíceis de atender porque não tem autorização para buscar a solução. A maioria considera que raramente é difícil de atender porque a solução não depende diretamente deles. Ao que tudo indica, parecem considerar as condições materiais e institucionais adequadas para desempenhar suas atividades.

Riscos presentes nessa relação de serviço

Por se tratar de um tipo de atividade onde a relação de serviço é muito intensa e envolve uma série de fatores como relatamos anteriormente, os técnicos sentem que estão expostos a riscos. De acordo com as respostas no INSATS-BR, metade dos técnicos (13) considera que está exposto ao risco de agressão verbal, onze ao risco de intimidação e sete à agressão física.

De qualquer forma, por mais que exista o risco de agressão física ou verbal no contato com o público, as técnicas e os técnicos em suas falas revelaram que não é necessário suportá-las, pois a instituição e os profissionais não admitem esse tipo de comportamento. Por lei o agente público não pode ser desacatado

no exercício da sua função. E isso lhes traz uma sensação de segurança, eles se sentem de certa forma respaldados pela legislação e pela instituição.

Nas conversas, os técnicos falaram o quanto lhes incomoda estarem expostos ao risco de agressões pelos familiares dos pacientes. Eles acreditam que como lidam com população de baixa renda e pouca escolarização, ficam mais expostos. Entretanto, avaliam que a forma como são conduzidos os atendimentos atualmente, a qual os pacientes podem contar com o suporte de vários profissionais, onde são bem orientados sobre os atendimentos e os tratamentos, tem ajudado consideravelmente a diminuir o risco de agressões. Bem como o controle de acesso que é feito por seguranças, tanto para entrar na maternidade quanto para ir à UTIN.

Ao que tudo indica a dificuldade no relacionamento com as mães tende a ficar concentrada no início da internação. No decorrer do tempo elas começam a entender melhor os processos e essa relação melhora. As técnicas suspeitam que isso deva ao fato de que assim que os bebês vão para UTIN as mães ficam muito desorientadas, é muita informação para assimilar misturada com um quadro de sensibilidade aflorada tanto pela situação em si, quanto pela própria situação de ajuste hormonal que a mulher se encontra após o parto. A fala da técnica abaixo ilustra esse quadro confuso que as muitas mães vivenciam logo no início da internação:

“... Mas na parte de neonatal, às vezes as mães elas não conseguem entender o que realmente acontece dentro de uma UTIN. Às vezes muitas não sabem

nem porque o filho está ali. E quando alguém começa a explicar... Médico, psicólogo... A ficha dela não cai. Ela procura focar tudo, toda a mágoa, toda a emoção em cima de alguém e ela vai atirando para todos os lados, entendeu? É muito difícil uma mãe saber de imediato o que o filho tem. Elas não conseguem entender aquilo. E quando elas conseguem começar a entender, elas só conseguem se revoltar. E aí se revoltam com a situação.”

Todavia, se algum problema na relação com a mãe ou familiares persistir e não se resolver, nem mesmo pela chefia de enfermagem, o serviço de psicologia é chamado para intervir junto às mães. Os técnicos consideram o suporte do serviço de psicologia muito bom e isso tem refletido até na redução de abandonos de bebês.

Para os técnicos a relação prestador de serviço/beneficiário apresenta diferentes facetas de acordo com o local e tipo de público. *"No particular as mães solicitam mais de você e no público é você que solicita mais das mães."*

Outro técnico complementa: *"Porque no particular às vezes quando a gente dá a dieta a mãe fala: "-Ah, deixa eu segurar, deixa eu fazer, deixa eu não sei o que". Quer participar tanto. E aqui já é o contrário. Aqui se você oferece, algumas acham até uma ofensa, acham até que você não quer cuidar."*

Tal como nos apresenta Zarifian²³ (p.108), nos dois casos os técnicos prestam assistência aos bebês e orientam as mães quanto à realização do aleitamento materno, dos cuidados básicos de higiene, alimentação e conforto. Porém o

serviço prestado não é o mesmo. No hospital particular, a demanda das mães sobre os técnicos é maior, normalmente são elas que tomam a iniciativa para perguntar, querem aprender como se realizam os cuidados, assumem uma posição mais ativa. No público, em geral as mães precisam ser “educadas” para prestarem os cuidados aos bebês e participarem mais ativamente do processo de internação.

O envolvimento na relação como um risco para os técnicos

Em diversos momentos, tanto nas conversas como nos Encontros, as técnicas e os técnicos falaram sobre a questão do envolvimento e suas implicações na relação com os pacientes.

Algumas técnicas comentaram que se espera certa impessoalidade da enfermagem na relação com o paciente. Desde a formação são orientadas a terem uma postura de contenção de suas emoções diante do paciente e sua família.

“Você não pode chorar na frente do paciente ou da família. Uma vez eu não aguentei e chorei. Levei uma bronca da minha supervisora. Ela me disse que não podia fazer isso, se não aguentasse tinha que sair dali e chorar no banheiro, que isso era antiético.”

As técnicas alegam que não há como não se envolver com o bebê, com a mãe e com a família. Porém, elas percebem que o envolvimento traz muitas

implicações, tanto para seu trabalho quanto para sua vida pessoal. Explicam que quando têm certo nível de aproximação com as mães acabam conhecendo suas histórias de vida. Quando falam das histórias referem-se também a todo o sofrimento que acompanha o bebê naquele momento, pela frustração das expectativas dos pais e como isso afeta a vida da família e também pela situação do bebê ali, tendo que enfrentar tudo sozinho sem o aconchego da família. E entrar em contato com esse universo da história de vida, com todas as expectativas frente à internação do bebê e toda a carga emocional aí presente e à flor da pele, muda o olhar sobre essa mãe. Deixam de ser apenas mais um bebê e sua mãe, passam a ser vistos como pessoas com suas singularidades compartilhando suas histórias com outras pessoas. Nesse aspecto da relação não é apenas um encontro do profissional com o paciente e/ou o familiar, é, sobretudo um encontro de pessoa a pessoa. As histórias tocam o coração das técnicas e as deixam mais sensibilizadas e mobilizadas. E é contra o domínio da razão pela emoção que elas tentam lutar. Na nossa cultura é muito forte a hegemonia da razão e a emoção aparece sempre como se estivesse descolada dela e como algo menor. Sendo assim, deixar-se invadir pela emoção significa para as técnicas colocar-se em uma posição em que se tornam mais suscetíveis ao sofrimento do outro. Então, para que consigam realizar a sua atividade precisam lidar com o debate de normas e valores⁵ em torno dessa situação.

Constatamos que as técnicas e os técnicos tentam controlar o grau de envolvimento, como uma estratégia de defesa²². Para que não afete seu trabalho e também não invada a sua vida pessoal.

“Eu acho assim, ‘né’, ninguém ‘tá’ blindado pra não se envolver totalmente. Mas a gente também não pode levar o sofrimento que a gente vê aqui pra nossa casa. Porque senão também ninguém vive. Não tem como. Já aconteceu de tu ‘tá’ em casa e lembrar assim, ah! Acho que eu vou ligar pra ver se sobreviveu. Eu falo não, não posso ficar me envolvendo. ‘Tô’ de folga, é minha folga, eu tenho que viver a minha vida. Senão não tem como. Senão você realmente não vive. A gente faz o nosso trabalho da melhor forma possível, dá a melhor assistência, procura oferecer a melhor assistência, mas também não... Tem que ter também um equilíbrio aí.”

Uma técnica relatou que se envolve com as histórias de vida das mães. *“Eu choro, até tento não chorar, seguro o máximo que dá. Mas não tem como porque tenho muita empatia com elas. A UTIN intensifica essa relação com a mãe e os bebês. Eu trato as mães com muito carinho. Precisa ser assim, porque ela está sofrida. Ela precisa confiar em alguém. Eu me doo desse jeito porque já estive do outro lado quando meu pai esteve internado.”*

Durante o Encontro I, os técnicos destacaram outro aspecto sobre o envolvimento com o paciente. Eles falaram que os bebês lhes sensibilizavam mais do que pacientes adultos. E que por mais que tivessem muitos bebês para cuidar, pelo menos a um deles acabam se apegando de uma forma especial. É como se de alguma maneira determinado bebê lhes marcassem. E será com esse bebê que a sensibilidade fica mais aflorada: *“É aquele que você sabe se ele está bem, se não está bem”*. E os colegas complementam: *“Você*

sente”; “*Você pode não estar escalado pra cuidar dele, mas você vai lá ver toda hora.*”

Entendemos que para as técnicas essa questão, que elas denominam, do envolvimento, de saber equilibrar até onde podem se envolver refere-se também a um tipo de competência que precisam ter ou adquirir para conseguir realizar a sua atividade. A esse respeito uma técnica afirmou: “*Tem que aprender a lidar com isso, senão está no lugar errado. Não vai ficar na UTIN muito tempo.*”

Fica-nos a dúvida de até que ponto efetivamente conseguem lidar com essas situações penosas, que na sua atividade são constantes. Aparentemente elas acreditam que conseguem prescrever o “uso” da sua subjetividade, mas quais serão os custos disso para a sua saúde e suas vidas?

6.2.4.1 | Características da relação com as mães

A UTIN busca oferecer uma assistência dentro dos padrões das Políticas de Humanização. Pretende-se que a participação das mães seja de forma cada vez mais ativa. Os profissionais buscam incentivar a sua presença e também orientá-las para que realizem o aleitamento materno e, na medida do possível, alguns cuidados com os seus bebês. Com isso, a presença das mães e também dos pais e familiares é cada vez maior na UTIN.

"Na prática, os serviços mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal, mas a efetivação da assistência é

dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho implantada, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde, para dar conta das novas necessidades que se colocam no processo de trabalho, bem como a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação."¹¹ (p.470).

Um técnico nos explica que no desenvolvimento da relação com as mães busca sempre incentivá-las a realizarem algum procedimento ou pegarem no colo, quando é possível. Percebe que às vezes têm mães que ficam com certo receio de fazer qualquer coisa com seu bebê, então busca acalmá-las e as orienta sobre como agir. Argumenta: *“Porque ela já não ‘tá’ amamentando, já não ‘tá’ ali. Só o fato de segurar pra umas é muito importante, faz muita diferença.”*

Essa atitude do técnico reflete um patrimônio de saberes⁴⁷ desse gênero profissional a respeito da importância do contato da mãe com seu bebê. Se por um lado os saberes formais orientam que é melhor manusear o mínimo possível o bebê e que de acordo com o seu grau de gravidade é preferível que ele nem receba colo. Por outro lado, os profissionais que detêm os saberes da prática sabem que para uma mãe poder segurar o seu bebê com vida é algo de uma importância ímpar que irá marcá-la profundamente. Como ilustra a fala abaixo:

“Você tem que saber o que você ‘tá’ fazendo, entendeu? Por exemplo, tinha um bebê que estava muito grave, muito grave. Aí a mãe falou: - Nossa, eu não segurei ele. Aí a enfermeira falou: - Não? Vamos pegar um pouquinho no colo? Então foi e botou. Aí um dia depois o bebê foi a óbito e a mãe lembrou daquilo.

Falou: - Poxa, eu peguei meu bebê com vida. E ela agradeceu muito por isso e tudo isso marcou a vida dela.”

Na convocação para a coprodução, como já falamos anteriormente, com o tempo as mães acabam conhecendo melhor os processos da UTIN e até aprendendo sobre o funcionamento dos equipamentos. *“No início elas se assustam, ‘né’? Quando começa a alarmar elas logo se assustam. Mas daqui a pouco elas sabem que é porque ‘tá’ dando alguma interferência, mexendo muito. E aí a gente chega perto e ela: - Não, não ‘tá’ acontecendo nada não, é porque não ‘tá’ entrando a onda. (Ri) Tem umas até que falam assim: - Ah, só falta o certificado porque eu já sei tudo”.*

Para algumas técnicas um aspecto ruim dessa presença mais intensa das mães é quando elas ficam fazendo cobranças sobre como acham que deveria ser feito o seu trabalho, ou comparam com o trabalho de outra colega.

A importância da empatia na relação com as mães

Todos os técnicos falaram que a relação com as mães é boa. Mas muitos também reclamaram que há algumas mães difíceis de lidar porque não conseguem entender ou mesmo aceitar a situação pela qual estão passando. Provavelmente, por estarem com medo, inseguras e se sentindo impotentes.

De fato, a maternidade já é por si só uma fase na vida da mulher que causa muitas transformações em diversos aspectos, seja físico, fisiológico,

psicológico, social. É também uma fase de muitas expectativas em relação ao bebê. A grande maioria das mulheres espera ou sonha em ter uma gestação tranquila, que corra tudo bem na hora do parto e que o bebê nasça com saúde. Por mais que algumas mães passem por uma gestação de alto risco, intimamente ninguém quer ser separada do seu bebê logo nas primeiras horas de vida.

"Não há antecipação de eventuais problemas ou preparação para o parto prematuro capaz de garantir que a dupla parental consiga conciliar seu bebê imaginário e imaginado com este bebê real que necessita de cuidados médicos para manter-se vivo"⁷⁶(p.625).

Sendo assim, suspeitamos que esta situação em que o bebê vai para a UTIN deva gerar, sobretudo num primeiro momento, sofrimento para as mães. Principalmente pela frustração inicial frente às suas expectativas e a preocupação se o bebê irá sobreviver. Para Morsch e Braga⁷⁶, os pais sentem-se perdidos na UTI neonatal, com uma sensação de desnorteamento.

Na relação com as mães, os técnicos alegam que buscam se colocar no lugar delas, para tentar entendê-las. A nosso ver, essa empatia chega a confundir o *uso de si por si* com o *uso de si pelo outro*⁵. Consideram as mães dos bebês internados muito sofridas e que também precisam de conforto e de atenção. Parece-nos que a empatia também surge como uma forma de renormatizar⁵. Ou seja, de criar novas normas de vida^{109, 5} onde a sensibilidade e o respeito frente aos sentimentos do outro, diante dessa situação, faz com que se tornem mais tolerantes e que relevem algumas atitudes hostis. Talvez até como uma forma de proteção diante de possíveis riscos dessa relação de serviço.

Baldiniv e Krebs⁸⁵ destacam que "a compreensão das reações familiares é extremamente necessária para que os membros da equipe sejam capazes de evitar sentimentos negativos com relação à família". E ressaltam também a importância de preparar os pais, antes da visita, para o que irão encontrar na UTIN (monitores, tubos, cateteres, o estado da criança) , informando sobre o significado disso tudo, para que o impacto não aumente ainda mais os sentimentos de choque e descrença já existentes.

A importância de contribuir com a formação do vínculo da mãe com o bebê

As técnicas comentaram sobre algumas estratégias que usam para trabalhar a dimensão relacional da mãe com o seu bebê. Elas percebem que em geral as mães ficam assustadas com a UTIN, por conta de todos os equipamentos e alarmes, pelos contatos presos nos bebês, enfim toda a parafernália que compõem esse ambiente. Uma técnica explica:

"Só de chegar e ver um fio no pé e não sabe porque que aquela luzinha está piscando no pé da criança, entendeu? Tem o acesso aqui, tem uma sonda aqui na boca. Você vê tanta coisa que a maioria das vezes a criança não está nem tão grave e a mãe já está desesperada. A mãe aqui precisa de mais atenção do que a criança, porque ela se sente desesperada de ver aquilo tudo."

Elas relatam que às vezes as mães têm até medo de tocar no bebê e desligar alguma coisa. "Os pais frequentemente têm dificuldade em interagir com o filho

devido à probabilidade de morte e medo do sofrimento"⁸⁵. Então, cabe à equipe de enfermagem ensinar como realizar os cuidados nos bebês e como relacionar-se com eles nessas circunstâncias. Percebemos na fala da técnica que também há uma preocupação com o estado da mãe e como ela está processando todas as informações sobre a internação do filho.

“O nosso trabalho é ensinar às mães como devem realizar os cuidados no bebê e também o amor por eles. Se preciso mexer com o bebê e a mãe está perto, faço questão de mostrar como cuidar, como ouvir o bebê.”

Fica nos evidente que pela competência profissional da técnica ela busca estabelecer com as mães uma *comunicação autêntica*²³(p.124), que

"é o ponto de partida para qualquer abordagem da eficiência, porque ela permite direcionar para esse cliente-usuário, de uma maneira que seja eticamente correta em uma sociedade democrática, a produção de um serviço que gere os resultados pro eles esperados"²³(p.124).

As técnicas de enfermagem preocupam-se com a qualidade da relação da mãe com o bebê, então acabam criando estratégias para aproximá-los, ou como dizem, para que a mãe aprenda a ouvir, ou a olhar o seu bebê. Uma técnica comentou sobre a mãe de um bebê que, em sua avaliação, estava meio ausente. Então, a sua estratégia para sensibilizá-la foi dedicar-lhe mais atenção, explicando-lhe bem sobre os cuidados e como ela deverá proceder com o bebê. Tentou, assim, aumentar a interação entre eles e de certa forma, mostrar para essa mãe que ela pode criar outras normas de vida, em que possa promover o recentramento desse meio^{109, 20}.

Outra técnica comenta que às vezes precisa ser um pouco mais enfática com algumas mães, na tentativa de orientar e de certa forma discipliná-las para os

cuidados com o bebê. Segundo ela, as mães adolescentes dão mais trabalho, mas aprendem também.

Ao perceber que uma mãe estava sempre muito séria e com o semblante preocupado - o seu bebê tinha um quadro muito grave - uma técnica desconfiou que ela evitava um pouco o filho com medo de se apegar e depois ele vir a óbito. Então, tentava tranquilizá-la, falando sobre a evolução do bebê e o seu comportamento. A técnica falou para mãe que o menino era muito sapeca, que já havia molhado a cama três vezes, teve que trocar tudo, lençol, cueiro. Era um bebê pequenininho que quase não se mexia. Mas a técnica disse à mãe que ele será bem sapeca e que dará muito trabalho. Parece-nos que a técnica usou seus comentários como um artifício para chamar a atenção da mãe sobre o seu bebê. Mostrar que aquele momento era só uma fase e que ele ainda teria toda uma vida pela frente. Tentou incentivá-la para que ela lançasse seu olhar para o seu bebê, o observasse mais, o visse como um menino cheio de vida. Essa atitude da técnica revela o forte engajamento, não apenas para ajudar na recuperação do bebê, mas também ajudar na formação do vínculo da mãe com seu bebê e que ambos se fortaleçam psicologicamente. É fazer um *uso de si*⁵, para algo maior.

As técnicas vibram quando conseguem estimular o vínculo da mãe com o bebê e ficam muito tristes e preocupadas com o futuro desse bebê quando isso não acontece. Contribuir na formação do vínculo da mãe com o bebê parece ser outra *regra de ofício*¹⁰⁵ das técnicas de enfermagem, algo que é explícito, citado em vários momentos por elas, mas não está escrito em lugar algum.

Uma técnica comentou que sofre muito quando as mães rejeitam os bebês, citando um caso que ocorreu em outro hospital que trabalhava. Havia uma mãe, cuja filha nasceu com síndrome de Down. E quando ela ia vê-la na UTIN ficava de costas para criança. Enquanto relatava o fato, esta técnica que estava sempre sorrindo, mudou sua fisionomia. Ela chegou a fazer uma expressão de dor e levou a mão fechada contra o peito apertando-o levemente. Disse que o pai aceitou de imediato a criança, mas a mãe não. Não conseguia entender como isso podia acontecer. Falou que atualmente - esse casal está separado - mas felizmente, a mãe mudou a sua forma de relacionar-se com a filha. Agora ela é amorosa com a menina e quando vai ao hospital passa lá na UTIN para falar com as técnicas.

6.2.4.2 | A relação com os bebês

Nas falas, alguns técnicos destacaram que preferem trabalhar com bebês a outro público porque eles não falam, então não reclamam e nem cobram. Obviamente que não estão completamente a salvo disso já que os pais podem fazê-lo. Mas parece que há certa satisfação em saber que não correm esse risco com esses pacientes.

Uma técnica encara esse fato dos bebês ainda não falarem de outra forma. Para ela é o que torna o trabalho um pouco mais fácil, pois, quando lidou com crianças no CTI pediátrico ficava muito comovida, muito mexida com as falas e o sofrimento delas. E como muitas crianças internadas eram da mesma faixa etária que seu filho acabava se identificando com a situação.

As técnicas falam que é preciso sensibilidade para cuidar dos bebês, tentar entendê-los, compreender os seus tempos. Os bebês se comunicam de diversas formas, seja pelo choro, pela expressão facial, pela forma como se movimentam. Elas dizem que o choro tem sempre um motivo e é necessário saber interpretá-lo, reconhecer se é fome, desconforto, dor, frio, calor. Tem que aprender como lidar, aprender a observar o bebê e decifrar seus sinais.

Quando as técnicas realizam os procedimentos no bebê, os fazem em silêncio. Porém, observamos que se o bebê estiver chorando ou fazendo um pouco de manha, elas falam com ele com voz suave visando acalmá-lo. Farias *et al*⁷⁰, também constataram em uma UTIN que a maioria dos profissionais de enfermagem na interação com os bebês, comunica-se com voz doce, em volume baixo, com carinho e amor.

Uma técnica falou que acha que os cuidados realizados com os bebês são os mesmos do que com adultos, só que em “miniatura”. Entretanto, à medida que foi falando parece que foi organizando suas ideias e concluiu que eles são muito pequenos e mais frágeis, então é preciso um cuidado maior, uma maior atenção. Teve uma técnica que ressaltou que os bebês são totalmente dependentes da equipe. O que marca bem a especificidade da atividade da técnica de enfermagem nessa situação.

Embora o preconizado em relação aos bebês prematuros internados seja o mínimo manuseio possível, evitando até o toque a fim de evitar estressá-lo, as

técnicas de enfermagem afirmaram que eles são muito carentes e gostam muito de carinho. Vemos que a dimensão afetiva é bastante mobilizada nessa atividade.

“Eles adoram carinho e recebem aquilo como um agradecimento que não tem preço. Só de você fazer um acolhimento, colocá-lo sentado e pegar a mãozinha. Aí você puxa a faixa (Elas fazem uma faixa com o cueiro e envolvem o corpo do bebê, prendendo-o, o que faz com que ele se sinta aconchegado e fique mais tranquilo), aperta e daqui a pouco o olho vai fechando, fechando. Tem uns que abrem o olhinho e ficam olhando pra você.”

As técnicas falaram que ao tocar o pezinho de alguns bebês, eles já começam a chorar, provavelmente porque associam esse toque com a dor quando é feito algum teste e ele é furado. Mas elas explicam que se ele perceber que é um afago, ele fica quietinho. E assim, constatamos que os técnicos buscam estabelecer também com os bebês uma *comunicação autêntica*²³.

“O bebezinho pequenininho, como ele é desorganizado ele bate muito as perninhas, vai com elas na cabeça e vai tenta puxar a sonda... Não é nem reflexo de puxar a sonda não. A mão dele pega, agarra a sonda e estica o braço e com isso ele vai arrancar a sonda. Então só o fato de você pegar a mão e encostar nas pernas dele pra ele ficar mais quietinho, mais calminho, ele aceita e percebe que você não está ali pra fazer um procedimento, você está ali pra acalmar ele um pouquinho e ele entende. “

A dificuldade de “se desligar” dos bebês

Ao longo da pesquisa, em muitos momentos, muitas técnicas e técnicos comentaram que não conseguem se desligar totalmente dos bebês e da UTIN. Ficam preocupados com os bebês e alguns chegam a ligar pra saber se o “filho” está melhor, quando estão de folga. Quando se encontram com os colegas em outros hospitais, buscam saber como estão os bebês ou se determinado bebê está bem.

Eles atribuem a dificuldade de se desligar dos bebês ao envolvimento que têm com eles. Mas dizem que conseguem se desligar quando entram de férias.

Segundo Martins e Robazzi⁷⁷, enfermeiros que atuam em UTI (adulto) também referiram dificuldade de desligar. Para as autoras

“... o enfermeiro sabe que não deveria levar para casa o que se passa na UTI, porém, apesar de ter a clareza da necessidade de “desligar”, de buscar diminuir o demasiado envolvimento, ainda são fortes os vínculos estabelecidos”⁷⁷(p.51).

Uma técnica falou que leva uns dois dias pensando nos bebês, mas depois consegue se desligar. Esse é um dos motivos pelo qual até prefere o plantão de 24 horas, porque assim tem mais tempo entre um plantão e outro, não fica só pensando no trabalho.

As técnicas falaram dos sustos que levam quando chegam à UTI e não vêem determinado bebê no leito. Como pode acontecer do quadro de saúde do bebê mudar de uma hora para outra, ficam apreensivas até saber onde ele está e o

que aconteceu. Temem que tenha ocorrido o pior. “*Meu deus, onde está meu filho?*”

Percebemos nas falas das técnicas que a relação com os bebês as mobilizam de uma forma mais intensa de que outros públicos, a ponto de sentirem uma inquietação e terem que falar sobre eles quando estão em suas casas com seus pais, ou com marido ou a esposa.

Constata-se assim que a dimensão afetiva é fortemente mobilizada na relação. Mas para essa atividade há também uma forte demanda de atenção, é preciso estar sempre ligado nos bebês, há uma intensa mobilização do *corpo-si*¹⁰. Nesse sentido, não se desligar surge como uma condição fundamental para realizar o serviço. O que complica é que para muitas técnicas e técnicos a mobilização do *corpo-si* se dá com tanta intensidade que não conseguem simplesmente despreocupar-se quando o turno finaliza e isso acaba invadindo o tempo fora do trabalho².

Uma técnica experiente falou que quando sai dali consegue desligar. Nem comenta nada com o marido, no máximo dois ou três dias depois. “*Aqui é aqui e lá fora é lá fora. Quando saio, quero tomar meu café e descansar a mente*”. Suspeitamos que ela evite ficar falando do trabalho fora dali, como se fosse uma forma de garantir um descanso para a mente, desligá-la das preocupações do trabalho. Mas se por vezes ainda comenta algo com o marido mesmo passados dois, três dias é sinal que essa sua tentativa de racionalização não é completamente exitosa. Não é com o suposto silêncio que

ela consegue calar as inquietações provocadas pela atividade. Chega um momento que esse conteúdo precisa ser falado, colocado pra fora porque se torna insuportável sufocá-lo.

“O funcionamento psíquico não é divisível. O homem que está engajado em estratégias defensivas para lutar contra o sofrimento no trabalho não abandona seu funcionamento psíquico no vestiário. Ao contrário, leva suas contrariedades mentais consigo e necessita da cooperação de seu círculo de relações mais íntimas para manter suas defesas em estado de funcionamento para o momento de regresso ao trabalho”²² (p.103).

Outra técnica afirmou que é preciso se desligar para viver a sua vida – caso contrário, só vive o trabalho. Alguns técnicos comentaram que conseguem sair dali e se desligar, mas que quando voltam ficam preocupados novamente. *“Precisamos desligar, também temos nossas vidas e nossos problemas.”*

Percebemos que o “se desligar” é um indicativo do engajamento dos técnicos nessa atividade. Cada um tenta a seu modo lidar com isso, criar suas normas de vida¹⁰⁹ mas pelos seus argumentos percebemos que não é sem custos para a sua vida e sua saúde.

Quando o bebê “vai embora”: uma questão delicada

Desde que começamos a conversar com as técnicas e os técnicos percebemos que muitos consideravam o momento em que “o bebê vai embora”, ou quando sabiam, ou mesmo sentiam que estava indo embora, como o mais difícil na sua atividade. Chegamos a suspeitar que tratasse da alta hospitalar, mas à medida que dialogávamos com eles descobrimos que o “indo embora” significava que o bebê estava morrendo.

Em nenhum momento os técnicos falaram em morte ou morrer, era sempre “vai embora” ou “quando está indo embora”. Comentamos isso com os técnicos e técnicas e uma delas falou:

“Eu acho até porque a morte ali dentro já... O sofrimento ali já é tão grande, que se você ficar falando morte, as outras mães que ‘tão’ com bebê ali vão ficar super preocupadas. Ter esse cuidado de não falar: “Ah, porque aquele que morreu”. Aí a mãe ‘tá’ com o bebezinho ali pequenininho, super grave, ela vai achar que o dela é o próximo. Se você tentar amenizar isso vai ser melhor, ‘né?’”

Vemos nessa fala, como o respeito pelo sofrimento da mãe e uma preocupação em amenizá-lo acabam orientando um cuidado com a sua fala e a sua postura nessa relação de serviço.

Então lhe pergunto: *É como se vocês estivessem amenizando aquele sofrimento?* (Luciana)

E ela responde baixinho, quase um sussurro:

“É. Até pra gente mesmo.”

Vemos na pausa ao falar, na dificuldade de por em palavras, o quanto é difícil lidar com a morte dos bebês. Souza⁷⁹ também observou que os profissionais que atuam na UTIN, consideram o óbito dos bebês como uma vivência

desgastante. A UTIN é um setor que lida com a saúde em situações extremas. Apesar de todos os avanços nos tratamentos, do quanto se tem conseguido prolongar a sobrevivência dos bebês, nem tudo pode ser controlado e o limite entre a vida e a morte é tênue. Nesse sentido a morte é um risco muito presente, o qual os técnicos preferem nem pronunciar. Não somente para preservar as outras mães que já se encontram fragilizadas, evitando assim assustá-las, parece também que é uma tentativa de evitar pensar na sua própria finitude.

"A equipe sofre quando o paciente evolui para a morte rapidamente e também quando a morte ocorre após longo período de internação. Pelo fato de trabalharem numa UTI, viviam constantemente lutando pela vida e contra a morte, num grande esforço, às vezes em vão. Quando se trata da vida de crianças, esta situação torna-se ainda mais difícil!"⁸³(p.28).

Em certa medida a morte significa também que todos os esforços dos profissionais para assegurar a melhor assistência e o tratamento adequado não foram suficientes. É como se tivessem falhado. "... para alguns profissionais o óbito pode gerar a sensação do trabalho inacabado. Um trabalho interrompido pela morte, que por sua vez afeta concomitantemente o projeto da equipe-salvar vidas⁷⁹(p.89)". Em outras falas das técnicas, podemos perceber que resta uma sensação de impotência diante dos limites da vida. Talvez por isso tudo que elas prefiram falar que o bebê foi embora, como se fosse para algum lugar além dos seus controles.

Muitas técnicas consideram como mais difícil ter que lidar com o sofrimento dos pais diante da perda. Resultado semelhante também apareceu no INSATS-BR, na questão sobre o que causava mais incômodo no trabalho: dezoito participantes marcaram 'ter que dar respostas às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas'.

As técnicas comentaram que até conseguem preparar o que chamam de, “pacote da criança”. Racionalmente elas parecem querer se convencer de que foi melhor assim, pois se chegou a esse ponto é porque o bebê já estava sofrendo demais, já tinha lutado muito pela vida. Mas a racionalização é rompida pela emoção quando se deparam com o sofrimento dos pais, como podemos constatar no relato da técnica abaixo:

“... O bebezinho mesmo que a mãe pediu a minha cabeça (A mãe, no começo da internação acusou essa técnica de discriminar o seu bebê, porque tinha Síndrome de Down. Depois percebeu que não tinha fundamento a sua acusação e pediu desculpas). Acabou que eu é que fiz o pacote da filhinha dela. Eu que fiz o pacote. E fiz numa boa. Desconectei todos os cateteres, todas as sondas, numa boa. (Então ela chega a mudar a fisionomia e com a voz embargada, continua.) Só que quando ela chegou... Que entrou correndo na UTI e se abraçou com o corpo morto da filha, dizendo: “- Meu deus, minha filha porque que você me deixou? Eu te amo tanto, eu quis tanto você. Eu queria você assim mesmo”. Gente... Eu desabei. A ética foi embora e eu comecei a chorar.”

Algumas técnicas declararam que preferem não estar perto no momento que os pais vão ver o bebê morto. Se for possível procuram ficar longe, porque é muito sofrível presenciar essa cena. Elas falam que não aguentam e acabam chorando também. Martins e Robazzi⁷⁷ destacam que a equipe de enfermagem numa UTI convive durante muito tempo com o paciente e seus familiares o que

acaba levando a um envolvimento maior e uma identificação com o sofrimento destes.

Uma técnica ao falar de sua dificuldade de lidar com a morte esclareceu que consegue até arrumar a criança, mas não consegue falar nada com os pais, nem sequer olhar para eles quando eles chegam para ver o bebê.

6.3 | Encontros sobre o trabalho

6.3.1 | Encontro I: A dimensão imaterial e relacional da atividade da/o técnica/o de enfermagem na UTI Neonatal

Nesse item não apresentaremos os resultados e a análise desse Encontro de forma específica, pois como ele teve um caráter mais forte de validação dos resultados, optamos por incorporá-lo aos resultados e análises precedentes. Isto possibilitou explorar melhor determinados aspectos da atividade das técnicas e técnicos.

6.3.2 | Encontro II: Relação de serviço e os desafios à saúde

Neste Encontro buscamos colocar em debate as proposições sobre as características da relação de serviço e os desafios que se apresentam à saúde.

Participaram os técnicos de enfermagem: Flávia, Laura, André e Anita. Somente Anita não participou do Encontro anterior, mas nas etapas anteriores foi uma das técnicas que mais contribuiu inclusive nos apresentando aos demais colegas e incentivando a sua participação, tirando nossas dúvidas a respeito da sua atividade e do funcionamento da UTIN.

Neste dia havia nove bebês internados na UTIN 1 e cinco na UTIN 2. O plantão estava um pouco tumultuado, pois tinham muitos bebês graves e estavam com uma técnica de enfermagem a menos, por causa de licença. Por conta de toda essa situação e também pelo fato de não haver sala disponível, os técnicos preferiram que o Encontro fosse realizado dentro da UTIN 2. Dessa forma foi possível contar com a participação de quatro, dos cinco técnicos presentes. Como a quinta técnica era uma pessoa que estava retornando da sua licença maternidade e que não havia participado das etapas anteriores da pesquisa, ela ficou responsável pelos cuidados dos bebês juntamente com as enfermeiras durante esse período. De qualquer forma, em alguns momentos um ou outro técnico se retirava para realizar algum procedimento ou atendimento a uma mãe e depois retornava ao grupo.

Apesar do dia estar agitado, o clima estava menos tenso do que no Encontro anterior. Provavelmente os técnicos ficaram mais a vontade por estarem ali naquele espaço.

Anita fez lacinhos com uma espécie de fita que eles usam ali e enfeitou a cabeça das bebês. Neste dia as mães que estavam ali, conversavam entre si e

com as técnicas, faziam brincadeiras e riam. Quando começamos elas estavam um pouco próximas, mas logo se retiraram.

Os técnicos comentaram que após o outro Encontro continuaram discutindo algumas questões entre si.

Considerando que no Encontro anterior em muitos momentos eles simplesmente concordaram com o que estava sendo apresentado, para este mudamos a dinâmica. A estratégia foi apresentar alguma proposição sobre a relação de serviço e logo em seguida provocá-los a respeito disso, tentando fazer com que se remetessem à sua realidade e conseqüentemente as discussões fluíssem melhor. Felizmente o resultado foi satisfatório.

Arbitragens em tempo real

Começamos explicando que uma característica da relação de serviço são as arbitragens que os trabalhadores precisam fazer em tempo real, entre as orientações e os objetivos fixados pela hierarquia, a especificidade da demanda do paciente (ou família) e a própria representação que o trabalhador constrói de sua missão². Então, perguntamos como vivenciam esse processo no seu dia-a-dia e Anita respondeu:

“Tranquilo. Algumas vezes até, como a gente estava falando agora mesmo. Você não sabe se faz ou se não faz, ou o que faz, como faz. Mas é ... Eu, às vezes até erro. Chega aqui a mãe, pede alguma coisa, eu vejo... Eu tenho

acesso àquele tipo de orientação, mas eu sei também que se eu não fizer conforme a mãe está solicitando eu vou prejudicar também meu trabalho com a mãe e todo o serviço, entendeu? O que eu posso fazer, eu faço. Agora o que eu vejo que possa prejudicar a mim. Eu vou chegar lá e falar direto com a chefia: - Está acontecendo isso, isso e isso. A mãe está querendo isso, isso e isso. Eu posso fazer? Devo fazer? Entendeu? Agora o resto... Entendeu? A gente tenta ampliar...”

A princípio Anita considera que é tranquilo, afinal é uma técnica experiente. Todavia, também reconhece que nem sempre é fácil lidar com essas arbitragens.

Em atividades como essa, que envolve a relação face a face fica mais evidente a gestão de micro debates⁵ que o/a trabalhador/a realiza. “Assim, mesmo nos menores atos do cotidiano, o trabalho aparece como uma confrontação permanente com debates de normas, em que esses valores do como conviver estão em jogo”¹¹¹ (p.118). Anita trouxe-nos um exemplo disso: a mãe de um bebê internado faz um pedido que foge às atribuições da técnica de enfermagem. A técnica considera que dispõe do conhecimento necessário para resolver a questão. Sendo assim, poderia atender ao pedido da mãe e preservar assim a sua relação com ela, assegurando uma boa convivência¹¹¹, o que é essencial para o bom desenvolvimento do seu trabalho. Porém, a técnica deveria obedecer a hierarquia do setor e não poderia descumprir as orientações de seus superiores, ainda que considerasse que não trará prejuízos a nenhum dos interessados e que detivesse a competência suficiente

para resolver. Isso gera um impasse para a técnica: se ela atende a mãe, além de contribuir para o estabelecimento de uma boa relação com ela, estará diminuindo o tempo de espera da paciente, bem como o número de profissionais para atendê-la. Se, ao contrário, ela se protege contra uma hierarquia que limita a sua autonomia, ela negligencia a ansiedade da paciente.

Anita traz outro exemplo da sua atividade:

“Teve uma vez que a enfermeira não estava botando (o bebê) no peito (da mãe) por causa do peso. Ai eu cheguei e falei com a doutora, sei que não pode. (De acordo com o nível de prematuridade do bebê, a orientação médica é que amamentação só seja estimulada depois dele atingir certo ganho de peso e pela hierarquia ela deveria ter se remetido inicialmente à enfermeira) Mas falei: “Será que a gente não pode colocar no peito só um pouquinho para estimular o contato da mãe com o bebê?”. “-Ok. Você coloca um pouquinho e aí você vê.” Coloquei no peito uns 15 minutos e tiramos, entendeu? Dentro do que a gente estudou não poderia, mas para poder melhorar o quadro, da mãe, da criança, o bem estar do conjunto. Então eu quebrei. (A rigidez do protocolo)

Nesse exemplo de Anita podemos perceber no agir em competência, elementos do “quarto ingrediente: o debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade”⁴⁷(p.215). Ela busca promover um recentramento do meio, de forma que ele se torne em parte “seu”. “Um meio no qual ela possa fazer valer, mais ou menos, um certo número de suas normas de vida”⁴⁷(p.215). Ela priorizou estimular a construção

do vínculo da mãe com o bebê. Como elas dizem: *“ensinar a mãe a amar o seu filho”*.

Ao mesmo tempo em que, em suas falas os técnicos demonstravam que às vezes era necessário quebrar o protocolo e a rotina para poder desempenhar de uma forma melhor a atividade, pareciam também estar um tanto inseguros se isso estaria correto. Talvez até com a desconfiança que isso pudesse ser usado contra eles. Essa insegurança pode ser o reflexo do debate com uma *norma antecedente* da enfermagem que é a ênfase dada aos aspectos técnicos que devem ser rigorosamente seguidos, o que também representa um posicionamento adotado para se fortalecerem enquanto categoria profissional. Então falei:

“É, a atividade implica nisso mesmo. É por isso que a gente consegue evoluir no que faz. Porque a gente acaba descobrindo que tem que fazer coisas novas.” (Luciana)

E Anita conclui:

“... Pra poder ajudar, ‘né’? Pra poder melhorar as coisas. A gente não trabalha só com o neném, a gente trabalha muito com a gente.”

Parece-nos que para concluir o seu entendimento do que estávamos discutindo ela precisou ajustar com os valores de seu coletivo de trabalho como “ajudar sempre” e “tentar fazer sempre o melhor”. E usa o “né”, como se estivesse

buscando confirmar junto ao grupo. Percebeu que o processo de arbitragem implica também em uma forte mobilização da sua subjetividade ou melhor dizendo do *corpo-si*, ao mesmo tempo em que desenvolve a sua atividade também está se construindo nessa relação.

O aumento das exigências do trabalho em torno da intensidade e da qualidade

Os técnicos consideram que nos últimos anos houve um aumento das exigências em torno da qualidade do trabalho. Percebem que cada vez mais são mais cobrados, há mais exigências em torno do seu trabalho, seja sobre a necessidade de estar sempre se atualizando através de cursos e palestras, sobretudo da CCIH ou a necessidade de saber lidar com as inovações tecnológicas. Entendem que essas mudanças geraram uma melhoria de fato na qualidade da assistência, porém concluem que para os trabalhadores isso representou somente aumento do estresse, intensificação e sobrecarga de trabalho.

Considerando que para atender aos objetivos da intensificação do trabalho e da qualidade do serviço o trabalhador realiza arbitragens, as quais não são sem efeito para a saúde², perguntamos aos técnicos: “*E a sua saúde, como está?*” (Luciana)

Então Flávia desabafou:

“A gente está de uns dois meses pra cá ou até um pouco mais, está sendo muito trabalhoso aqui, está sendo muito pesado mesmo, como a gente chama. ‘Tá’ difícil, ‘tá’ complicado, a gente não consegue sentar. Eu até agora... São 3hs da tarde, só agora que consegui evoluir minhas crianças. Então a gente tem que ver... São crianças que são realmente trabalhosas, muito prematuros, então é dieta de duas em duas horas, tem que ver se tem algum incômodo o bebê, tem que trocar fralda, não sei que, não sei que. Então você realmente não para. Eu saio daqui realmente acabada, do tipo o dia seguinte é quase perdido pra descansar. As minhas pernas realmente ficam inchadas, varizes aparecem, um certo stress, eu fico um pouco irritada sim, até mesmo por causa do trabalho e pelo descanso que aqui não dá pra você descansar. Então você descansa em casa, você dorme em casa, a gente tem lá (na UTIN) um revezamento (de descanso) mas... Eu, de uma certa forma fico irritada com o som, então ficar assim... Então de uma certa forma me prejudica em casa.”

Na fala fica claro o que o aumento da intensidade do trabalho, sobretudo relacionado ao ritmo de trabalho tem representado para eles, afinal ela não fala só de si, fala “a gente”. Não significa somente que há mais trabalho a ser feito, mas que esse trabalho agora se torna custoso, *“muito trabalhoso, muito pesado, difícil, complicado”*. Literalmente impõe um ritmo acelerado que não tem possibilitado sequer momentos mais tranquilos *“... a gente não consegue sentar. Dá uma ideia de que estão sempre correndo. Então você realmente não para.”*

E toda essa mobilização do *corpo-si* tem impactos na vida e na saúde. Além de comprometer também o dia seguinte ao plantão. Há sinais de um esgotamento do qual é difícil se recuperar. *“Eu saio daqui realmente acabada do tipo o dia seguinte é quase perdido, pra descansar.”* O corpo expressa o cansaço através das pernas inchadas, das varizes, do stress e da irritação.

Laura: *São 24 horas dentro da instituição. Sem contar a viagem, não é? Porque ninguém mora perto. Exceto, a nossa amiga aqui (Flávia) que mora perto.*

Assim, Laura nos lembra que esse período de 24 horas, o qual só descansam 3 horas, na verdade só corresponde ao tempo que estão trabalhando. Pra termos uma ideia de quanto tempo os técnicos passam acordados quando fazem esse plantão precisamos considerar também o tempo de deslocamento de casa para o trabalho e do trabalho para a casa. E segundo a fala de Laura esse deslocamento para quase todos é longo.

Então André reforça o que as colegas estão falando:

“O que eu pensava quando vim trabalhar aqui: é um dia só na semana, tranquilo. Mas eu não perco só um dia, eu perco dois, porque eu perco o dia que estou aqui e o dia que eu saio. Porque eu saio tão arrasado, que a gente acorda cedo... E ultimamente a equipe tem ficado muito desfalcada, sempre falta um. E fica muito, muito complicado, porque é muita coisa pra fazer. Por exemplo: a gente não sentou ainda pra escrever direito. Eu só escrevi um.”

Percebemos nessa fala, assim como foi trazido também por outros participantes durante a pesquisa, que o tipo de plantão 24X120 horas a princípio traz a ilusão que será “tranquilo” cumprir. Ficariam 24 horas trabalhando direto e poderiam desfrutar 120 horas (cinco dias) como bem quisessem. Seria tempo suficiente para poderem resolver assuntos pessoais, cuidar de filhos, terem mais lazer ou mesmo encaixarem outros plantões. Contudo, com as situações que têm enfrentado ultimamente, como: excesso de trabalho decorrente de aumento de bebês em estado grave, o que demanda uma atenção e um cuidado ainda maior e as faltas dos colegas, o que gera uma sobrecarga para os demais, eles começam a avaliar essa posição. Parece que começaram a perceber o que tudo isso tem refletido na sua saúde e nas suas vidas.

Em relação ao número de técnicos de enfermagem, cada plantão contava com seis. Considerando que a UTIN tem dezoito leitos, se estivessem com ocupação plena, a divisão em termos numéricos seria um técnico para cada três bebês.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. - DOU Nº 154, sobre o dimensionamento de profissionais para a assistência de neonatos em UTIN o recomendado é um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos e um enfermeiro para cada dez leitos. Se considerarmos apenas essa recomendação, entenderíamos que o setor estava com um déficit de três técnicos de enfermagem por plantão e um enfermeiro a mais no plantão da noite. Entretanto, é preciso considerar também o Índice de Segurança Técnica

(IST), que se destina à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não, estabelecidas em Lei. A Resolução do COFEN Nº 189/96 estabelece um IST que não deverá ser inferior a 30% do quantitativo total dos profissionais.

Apesar de ter uma condição melhor que outros hospitais, em que há um técnico para cada cinco ou seis bebês, a situação da maternidade ainda não é a ideal. E nas adversidades do dia a dia esse número tem se revelado ainda mais distante. Na prática, a divisão dos bebês por técnicos é feita considerando também a gravidade dos casos. Os bebês mais graves ficam sob a responsabilidade dos técnicos mais experientes e dependendo da situação um único bebê pode mobilizar até mais de um técnico. O que conseqüentemente sobrecarrega os outros técnicos que ficarão com um número maior de bebês para cuidar. Quando o número de bebês internados está alto, na distribuição normalmente as técnicas e técnicos mais experientes ficam com um número maior de bebês do que os outros.

Outra questão importante refere-se ao fato das trabalhadoras e trabalhadores que atuam na UTIN “agora” terem conquistado o direito a férias. Até então, a maternidade considerava que pela característica do horário de plantão esses trabalhadores não necessitavam usufruir desse direito que é para todos os trabalhadores. Assim sendo, quando uma pessoa entra de férias ou mesmo de licença uma equipe fica desfalcada. Como já apresentamos, o ideal seria o setor ter um número de profissionais que assegurasse o índice de segurança técnica (IST) que corresponde a cerca de 30% do quadro, o que possibilitaria uma distribuição mais equilibrada dos profissionais em casos assim.

Acúmulo de plantões e os horários de trabalho que interferem no sono:

“... o corpo já está acostumado”

A princípio os técnicos discordaram da frase da colega que foi apresentada no slide. Consideraram que é mais fácil para o corpo acostumar quando o plantão é de 12 X 36 horas. Ficar 24 horas direto num mesmo local tem sido muito cansativo.

Flávia: Mas aí é uma vez por semana, a gente fica cinco dias em casa descansando. Esse negócio do corpo acostuma, é quando você está no ritmo de uma noite sim, uma noite não, aí realmente o corpo acostuma.

André: É. É verdade. Porque agora você não consegue nem dormir em casa direito. Você está tão acostumado com aquelas três horinhas, que não consegue, acostuma.

Essas falas foram reveladoras, porque num primeiro momento havíamos entendido que o corpo teria se acostumado a lidar com esse ritmo. Mas ao que tudo indica estão falando é de como a exigência de ampliar o estado de vigília se mantém nos dias posteriores, mesmo que não seja mais necessária. As técnicas falaram que às vezes saem do plantão e como estão em estado de vigília aproveitam para fazer alguma coisa e só depois vão dormir. O que pode chegar a cerca de 36 horas acordadas direto. Tudo isso impacta diretamente na qualidade do sono, além de poderem acarretar uma série de outros efeitos à saúde.

Os técnicos comentaram que sentem como isso tem afetado sua saúde e suas vidas. A privação de sono tem provocado efeitos, como: aumento da irritabilidade, baixa imunidade, desaceleração do metabolismo, comprometimento da memória e aumento de peso.

Para se manterem acordados tem aqueles que tomam café e/ou Coca-cola. Durante a pesquisa algumas técnicas comentaram que o café já nem faz mais efeito, de tanto que tomam. Há também os que comem. André, confessa: *“É porque o que eu posso fazer pra ficar acordado é comer. E como muito. De dia menos, mas a noite...”*. Talvez esse aumento do apetite à noite, não esteja só relacionado com uma estratégia para manter-se acordado, pode estar mascarando uma ansiedade que fica mais evidente nesse período, quando até pelo efeito do cansaço as defesas psíquicas estão mais relaxadas.

Condições de trabalho interferem na qualidade da assistência prestada

Apresentamos em um dos slides a frase abaixo, que foi algo colocado por algumas técnicas durante a pesquisa:

“As boas condições de trabalho e o bom número de profissionais permitem que possam fazer a humanização no atendimento.”

Souza⁷⁹ (p.102), também observou que na UTIN que o número aquém de profissionais e a superlotação de bebês configuram-se como impeditivos para a

assistência humanizada. Uma vez que a superlotação exige um esforço na administração do tempo de atividades para o trabalhador.

Vale ressaltar, que nosso interesse não era discutir sobre a humanização, ou sobre as polêmicas em torno dela. Utilizamos essa fala porque foi algo trazido por diversos profissionais para evidenciar que a qualidade do serviço era afetada pelas condições de trabalho que dispunham.

Logo as participantes começaram a falar elucidando um pouco mais essa questão.

Flávia: Quando dá, ai a gente faz.

Laura: Depende da demanda, essa questão do trabalho, as condições de trabalho... Depende da demanda. Quando está vazio (poucos bebês) e tem a quantidade suficiente (de técnicos de enfermagem)... Mas quando está lotado ai que a gente percebe que não é tão equilibrado assim.

Flávia: É. Não dá pra ser tão humanizado, vamos dizer assim.

Anita: Tem muitas mães e pais que nem cumprimentam.

Flávia e Laura destacam a importância de dispor de condições de trabalho e de um número de profissionais adequados para realizar o serviço. Assim como Seifert e Messing⁵⁹ em sua pesquisa com profissionais de enfermagem

observaram que frente a condições inadequadas de trabalho, os profissionais acabam privilegiando os aspectos técnicos sobre os aspectos compressíveis, como o tempo relacional. Na nossa pesquisa, entendemos que diante de adversidades que contribuem com a intensificação do trabalho, as técnicas também acabam priorizando os aspectos técnicos em detrimento do aspecto relacional.

Laura insiste: “*Depende da demanda*”, indicando como para essa atividade de serviço nada é simples. É preciso sempre adequar a atividade de acordo com a demanda dos pacientes e dos recursos disponíveis para agir³.

E Anita revela ainda outro ponto, os pais que são o outro lado nessa relação e podem não estar predispostos a interagir. O que pode gerar uma dificuldade maior no convívio com eles.

Vínculo empregatício: uma questão gravíssima

Antes de apresentarmos o que foi discutido sobre este tema no Encontro, faremos uma breve contextualização.

O quadro de trabalhadores e trabalhadoras da maternidade é formado por funcionários efetivos, os quais ingressaram na instituição através de concurso público e os chamados extra-quadro, que é uma denominação utilizada para definir aqueles que não fazem parte do quadro permanente da instituição. Em geral, diz respeito a contratações temporárias.

Parece-nos que a instituição estudada, assim como tantos outros hospitais escolas do sistema público brasileiro, vive um descompasso entre as exigências em torno da qualidade do ensino, da pesquisa e da assistência e a insuficiência do quadro de funcionários e de recursos materiais para assegurar as mesmas. Diante dos enormes entraves burocráticos para conseguir aumentar o quadro de funcionários, a incorporação de trabalhadoras e trabalhadores através de contratação temporária surge como uma saída para a maternidade continuar funcionando, oferecendo um serviço de qualidade.

As técnicas de enfermagem falaram que há alguns anos atrás os trabalhadores e trabalhadoras extra-quadro eram contratados via cooperativa. Entretanto, o Ministério Público determinou que fosse extinta essa forma de contratação, a fim de acabar com uma situação de precariedade. Lamentavelmente, surgiu então algo que temos até dificuldade para denominar, pois não configura contratação temporária e nem uma nova forma de contratação, uma vez que não existe prazo definido e tampouco contrato.

Até onde conseguimos apurar, no caso das técnicas e técnicos de enfermagem da UTIN que são extra quadro, o que acontece é que todo mês é depositada uma determinada quantia em suas contas. Não há nenhum tipo de contrato nem de admissão, nem de demissão, não é feito nenhum exame admissional e até a alguns meses atrás não tinham nem direito a férias. Durante as Visitas à UTIN teve uma técnica de enfermagem que com sua fala expressiu a gravidade da situação que vivencia:

“Já teve vezes de eu e as colegas ‘ficar’ sem receber, mas a gente trabalha por amor. Porque a gente não tem direito a nada, não tem nenhum vínculo. Para eles (da maternidade) eu nem existo, se acontecer alguma coisa comigo eles podem dizer que nem me conhecem. Que nunca me viram.”

De um lado, ela fala do sacrifício que elas fizeram em prol do seu trabalho, “ficar sem receber”. O que se justificaria por valores presentes neste coletivo de trabalho⁹³, como trabalhar por e com amor. E expressa também a forte mobilização afetiva que envolve essa atividade. Por outro lado, há um ressentimento com a instituição por não reconhecer o valor do seu trabalho e de deixá-la desamparada. A impressão que dá é que causa maior dor a possibilidade da maternidade “negar a sua existência”, do que exatamente estar numa situação de precariedade. Pois, dessa forma lhe é negado o reconhecimento, que “é a forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência”¹⁰⁸ (p.56). É como se com isso apagasse a sua história ali e tudo o que fez e conquistou não tivessem o menor valor, não significassem nada. Ao mesmo tempo que a sua atividade lhe exige comprometimento e dedicação, ela vivencia sentimentos contraditórios de não-pertencimento e de desamparo.

Durante o Encontro apresentamos o tópico seguinte:

“Tipo de vínculo empregatício, desigualdade salarial e de direitos. 2/3 dos técnicos de enfermagem da UTIN são extra-quadro.”

Imediatamente Laura nos informa que para algumas pessoas isso também representa uma diferença na forma de se relacionar. Então lhe pergunto: “De que forma?” (Luciana)

“Por exemplo, quando eu entrei ninguém sabia o que eu era. Então algumas pessoas passavam por mim e não falavam comigo. Ai depois, por acaso descobriam que era funcionária e ai : - Oi... Até isso.”

O que pareceu-nos curioso foi que diante desse comentário os outros, até mesmo os que são extra quadro, não se manifestaram. Somente Laura brincou, dizendo que eles são: “3/3 e 1/2”.

Então perguntamos como era isso para eles, como lidavam com isso. André responde. Começa a falar rindo e acaba com uma expressão muito séria.

André: Uma coisa que eu passei a pensar depois daquele primeiro Encontro que nós tivemos e que vocês perguntaram como era aqui. Eu falei que era contrato, mas eu mesmo me enrolei. E você falou assim: “- Ou na verdade vocês têm uma conta e a maternidade deposita dinheiro nela?”... E é isso, a gente tem uma conta e eles depositam dinheiro, entendeu? Eu não sei se amanhã... Por exemplo: se por desgaste, enfim se a gente vai entrar de licença.

Luciana: *Mas vocês têm direito à licença?*

André: Não. A gente não tem direito a nada. Então é isso, entendeu? É aquilo, é uma conta que a gente está recebendo enquanto a gente está trabalhando.

É provável que diante da atual conjuntura brasileira, com baixos salários, condições precárias de trabalho e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, que com todos os contras, trabalhar como extra quadro ainda seja melhor do que estar desempregado ou recebendo muito pouco. Mas o fato de ter falado, de ter pensado sobre o que realmente significa essa condição fez com que esse técnico percebesse o quanto estão desprotegidos legalmente. Agora ele é jovem, mas e amanhã?

Flávia complementa:

É uma coisa de boca entre a chefia e a gente. Sei lá, por exemplo: o André entrou de licença, ficou 15, 20 dias de licença. Ele vai entrar de licença, se vai ter alguém para cobrir ou não eu não sei. Ele pode voltar, mas é uma coisa com a chefia em relação a ele. Se não quiser, bota outro no lugar dele, entendeu? Se for uma chefia que tipo não está com... Entra toda hora de licença, dá problema, vai embora, entra outro.

Os arranjos informais com a chefia podem assegurar um mínimo de dignidade e respeito com os trabalhadores. Porém também irá depender do bom senso da chefia e de quanto ela conseguirá manter a situação assim com a equipe desfalcada. Os extra quadro não têm nenhuma estabilidade no emprego e podem ser facilmente descartados e substituídos.

Perguntamos se eles haviam feito exame admissional quando começaram a trabalhar ali.

Eles responderam que não. E Laura retrucou:

Perai, eu mesma eu tenho mais de dois anos e nunca mais fiz. Fiz o admissional, tem dois anos e nunca mais fiz. No particular eles fazem todo ano.

Essa fala sugere que a maternidade além de ter os extra quadro absolutamente desprotegidos e desamparados, também não tem dado a devida importância a saúde dos seus funcionários.

O ruído na UTIN por mais que varie, ora é um determinado equipamento que está apitando, ora é outro, em outros momentos são vários ao mesmo tempo, ele é constante. Perguntamos então, se já haviam feito uma audiometria. Eles responderam que não, mas que gostariam porque percebem que o ruído é muito alto e suspeitam que pode causar perdas auditivas.

Laura: Quando eu comecei a trabalhar ia pra casa escutando o barulho. Agora graças a deus, o barulho saiu da minha cabeça. Eu vou embora e deixo ele aqui.

Por um lado o incômodo com o barulho chega ao ponto da técnica “levá-lo para casa”. E por outro, depois que acostuma torna-se uma ferramenta imprescindível para a atividade. Comentamos que uma colega deles havia dito

que foi trabalhar em outro setor, que não tinha todo esse barulho e ficou tensa porque já estava acostumada a interagir com os sons para realizar seu trabalho.

Laura: *É. Eu não sei se me adaptaria a trabalhar em enfermaria.*

Flávia: *É um barulho que você sabe identificar. Sabe se é de monitor, de bomba, de respirador, de incubadora...*

Laura: *É, até de falta de ar.*

A audição treinada das técnicas e técnicos de enfermagem discrimina cada tipo de som e de onde vem. Esse agir em competência⁴⁸ desenvolvido através da interação com o meio facilita a identificação das situações.

Os problemas de saúde auto-referidos através do INSATS - BR

Apresentamos aos participantes os resultados do INSATS-BR sobre problemas de saúde. Destacamos que em suas respostas iniciais no inquérito, a maioria não considerou que a saúde estava sendo afetada pelo trabalho. Porém em questões posteriores, em que havia um detalhamento maior com a relação de problemas de saúde, os resultados foram diferentes.

Entre os problemas de saúde marcados pelos participantes:

- 98 foram agravados ou acelerados pelo trabalho,

- 90 causados pelo trabalho e
- 43 marcados como sem relação com o trabalho

Problemas de saúde mais assinalados no INSATS, como causados ou agravados pelo trabalho

- Stress (15)
- Varizes (15)
- Problemas de sono (14)
- Problemas musculares (14)
- Problemas das articulações (14)
- Dores de cabeça (10)
- Problemas digestivos (10)
- Dores no estômago (9)
- Fadiga Geral (9)
- Ferimentos por acidente (9)
- Problemas de coluna vertebral (9)
- Alergias (8)
- Problemas respiratórios (7)
- Irritabilidade (7)
- Dores musculares crônicas (7)
- Adormecimento frequente dos membros (6)
- Doenças infecciosas (4)
- Problemas de visão (4)
- Problemas de pele (4)
- Problemas no trato-urinário (4)

Explicamos que não havia um padrão de adoecimento definido, que estava difuso. Considerando que mais da metade dos participantes eram jovens de 21 a 30 anos e que a maioria ingressou na maternidade a partir de 2008, ficamos surpresos com a quantidade e a variedade de problemas de saúde que foram marcados como causados ou agravados pelo trabalho.

Flávia nos lembra:

“Mas de uma certa forma acaba “trazendo” de outros hospitais, de outros lugares.”

Esse “trazendo” parece indicar o quanto o acúmulo de plantões em locais diferentes vai se transformando num “peso” à saúde que é levado de um lugar ao outro.

Luciana: *Em geral as pessoas trabalham em outra UTIN, ou CTI pediátrico, tem um ou outro que acaba indo pra outra área, não? Acho que vocês gostam desse ritmo tenso.*

Eles concordam. Em outros momentos da pesquisa algumas técnicas e técnicos já haviam comentado que para trabalhar ali é preciso ter certas características que eles possuem e que não é para qualquer um. Sentem-se orgulhosos com isso, como se conquistassem certo status. O caráter desafiador e imprevisível de uma UTI com seu ritmo de trabalho intenso e tenso parece se adequar às expectativas dessas técnicas e técnicos frente à

atividade. Talvez a preferência por bebês ou mesmo crianças também reforce a importância da dimensão relacional nessa atividade, já que quase todos os técnicos trabalham somente com esse público.

Quase metade (11) dos participantes que responderam ao INSATS-BR marcaram que já tiveram no mínimo um acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho. Entre eles, nove declararam que tiveram um acidente com material perfurocortante, uma participante teve contato com a secreção do paciente e contaminação com bactéria ocular e outro participante declarou que teve tendinite.

Foi registrada ou emitida CAT (comunicação de acidente de trabalho) em oito dos casos e não foi emitida em dois casos de acidente com material perfurocortante e no caso da tendinite. Dois participantes necessitaram de licença médica, foram o que teve tendinite e a que teve uma contaminação com bactéria ocular. Ninguém ficou com incapacidade reconhecida decorrente desse acidente ou dessa doença.

Consideramos que esses dados sobre acidentes no trabalho são significativos, o que mereceria uma atenção maior por parte da maternidade sobre o que poderia ser feito para evitá-los.

Sinais de alerta para a saúde das técnicas e técnicos de enfermagem

Perguntamos aos técnicos quais seriam os sinais de alerta para a sua saúde relacionados com o seu trabalho. E eles começaram a falar de estratégias que usam para tentar vencer o cansaço que é arrasador ao final do plantão.

André: *Eu prefiro levar alguém de carona pra não ir dormindo.*

Laura: *Eu prefiro ir de ônibus, pra ir dormindo.*

André: *Eu até aprendi uma “técnica” que quando você estiver muito cansado você dirige com uma mão no teto, ai quando a mão cair você acorda.*

Anita: *Eu vou dar carona para essas meninas, ai ficam tudo roncando lá atrás. E eu falei: “- Ó, quem vai do meu lado, tem que ir conversando comigo.”*

O cansaço é tamanho que travam uma luta contra o sono pra conseguir chegar em casa.

André: *Tem uma mulher que trabalha aqui que foi de carona com outra e aí a outra deu uma batida. Ai quando bateu ela acordou e perguntou o que foi, aí a outra respondeu que havia batido. -Ah. Então ‘tá’. E voltou a dormir. Nem deu ajuda para resolver lá.” (Riem)*

Esse exemplo ilustra bem o quanto o cansaço pode chegar a um extremo em que a pessoa já nem consegue mais agir normalmente.

Então Flávia traz outro exemplo:

O sinal que meu corpo dá são os pés inchados. Agora que a gente está aqui a uma hora sentado conversando então ainda consegue dar uma relaxada. Mas se ficasse em pé direto, pra lá pra cá fazendo as coisas, chegam 8 horas, 9 horas (da noite) o meu pé está uma bola. Tem vezes que ele fica muito inchado, aí mais tarde... Mas enfim... São sinais de cansaço, de cansaço. Você precisa parar umas duas, três horas para poder dar uma relaxada. Aí quando você volta, você ainda volta cansada, você volta com a cama nas costas.

O cansaço não está associado somente a quanto tempo passam acordados trabalhando, mas a um ritmo intenso que não permite paradas para se recuperar. Os técnicos e técnicas passam a maior parte do tempo de pé, em geral só se sentam quando estão fazendo as evoluções nos prontuários. "Isso, somado ao fato que muitos deles têm outros empregos ou fazem plantões extras no próprio setor, levando a um cansaço cumulativo, aumentando o desgaste que o trabalho na UTIN já traz"⁸⁶ (p.98).

Na sua fala Flávia chega a repetir: “São sinais de cansaço, de cansaço”, como se estivesse reforçando que trata-se de muito cansaço. Então é preciso parar para tentar se recuperar o suficiente para aguentar mais algumas horas de

trabalho. Volta-se ainda cansada, mas garante um pouco mais de fôlego para terminar o trabalho.

As pessoas começaram a falar de quantas vezes que estavam no ônibus depois do trabalho, adormeceram e passaram do ponto.

Laura: *Quando eu era mais jovem e via alguém dormir no ônibus eu achava assim: gente, como é que consegue? Dormia no meio do ônibus. E dormiam mesmo, pesados. Hoje eu entendo, é incontrolável. É incontrolável... Eu acho que é pior do que fome, porque fome você toma um pouquinho de água e uma bala... Agora o sono você não consegue.*

Pelas suas falas ficamos com a impressão que o sono é algo que as técnicas e os técnicos precisam controlar para conseguir realizar sua atividade até o final. E todo esse esforço consegue êxito enquanto estão trabalhando, enquanto estão naquele ritmo intenso. Embora já surjam sinais de que se extrapolou os limites do corpo, como os pés inchados, a irritabilidade, a rapidez do raciocínio que fica comprometida, entre outros. E no momento que acabam o plantão, saem daquele ritmo tenso vão desacelerando e o cansaço toma conta de uma forma arrasadora, que foge ao seu controle.

André: *Logo que eu comecei aqui tinha uma técnica, Neuza. E uma vez eu fui chamar ela. E ela estava com tanto sono que eu chamei: “- Neusa!” E voltei pra cá. Ai depois quando eu voltei para chamá-la, ela deu um tapa em mim : ”- Pára!”. (Ri). O que eu acho mais importante quando se fala em equipe é a*

equipe, os profissionais se darem bem, ter uma boa relação porque é muito complicado.

Laura: Chega às 3:00 horas da manhã se você já tiver algum problema com o colega, ali vai explodir.

Flávia: Tem um colega nosso, que ele já chega mau humorado, o Fernando. Ele chega e não fala com quase ninguém. Fala “bom dia” e não brinca. Deu 10:30, 11 horas, é outro Fernando. Já acordou. Mesmo depois do café, mesmo depois das atividades... Parece assim que ele está com fome pro almoço ai ele acorda e você vê outro Fernando. Ai todo mundo já conhece, a equipe já conhece, aí fala: - Ó, não fala com ele agora não. Só daqui a pouco é que você fala com ele.

Em meio à luta que travam contra a exaustão alguns pontos se destacam como essenciais para tornar esse fardo mais leve, como a boa relação entre os colegas da equipe. Os técnicos conhecem as peculiaridades de cada um e a partir disso criam-se novas normas de convívio⁹³ que visam assegurar um convívio harmonioso entre todos. Como já destacamos anteriormente, a cooperação e a solidariedade entre eles fazem com que busquem aprender a conviver com as características de cada um.

De outra forma, se a relação entre os técnicos não vai bem, quando estiverem tomados pelos sintomas do cansaço, como irritabilidade e mau humor ficarão

mais suscetíveis a ter problemas com os colegas: “... *ali vai explodir*”. Porque fica muito mais difícil gerir as adversidades nessa situação extrema.

E assim encerramos o Encontro, agradecendo a participação de todos. Eles também agradeceram e comentaram que o tempo passou rápido. Embora tenha levado uma hora, conforme o previsto e acordado com eles.

Considerações finais

Ao olharmos para as atividades das técnicas e técnicos de enfermagem na UTIN buscamos vê-las, sobretudo, como atividades de serviço para a partir daí tentarmos compreender as suas articulações com a saúde.

A utilização nessa pesquisa das diferentes ferramentas - não só teóricas como metodológicas e técnicas - nos proporcionou uma aproximação das atividades por diferentes ângulos. Cada qual evidenciando determinados aspectos, que ora se repetiam nas diferentes ferramentas, ora se contrapunham, ou simplesmente revelavam algo novo para nós e às vezes também para as/os técnicas/os que participaram. Uma vez que, conforme falavam iam descobrindo aspectos da sua própria atividade nunca antes explorados por eles. A predisposição das trabalhadoras e trabalhadores à pesquisa, bem como a confiança depositada por eles no nosso trabalho, foi imprescindível para a realização da mesma.

À medida que íamos trabalhando com o material produzido percebíamos a importância de estarmos atentos a polifonia ai presente. Tal como proposta por Mikhail Bakhtin, que utiliza a idéia de um todo que é formado por uma multiplicidade de vozes em interação (confronto)¹¹².

A seguir apresentaremos os elementos que consideramos especialmente importantes para a compreensão das articulações entre saúde e trabalho das técnicas e técnicos de enfermagem que atuam na UTIN.

A incorporação de recursos externos, como por exemplo, via BNDES para a implementação do Método Mãe Canguru, permitiu melhorias nos aspectos físicos e materiais da Unidade Neonatal os quais possibilitaram uma melhora na qualidade dos serviços e também refletiu positivamente na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. O que é algo muito bom. Porém, a maternidade, como tantos outros hospitais da rede pública, não se encontra em condições de oferecer em contrapartida o quadro de funcionários necessários para viabilizar tal modalidade assistencial, conforme o desejado. A saída encontrada, para também não perder essa possibilidade de melhorias materiais, conduziu fatalmente a um quadro de precarização dos/as profissionais. Se o que se busca é justamente promover uma melhora na assistência e um atendimento mais eficiente é imprescindível que se pense em que condições serão colocadas as pessoas que irão executar essas atividades, até porque, sem elas nada acontece.

À medida que os cuidados dispensados aos bebês e às mães cada vez mais se voltaram para uma tentativa de construção da integralidade, no sentido de buscar oferecer um tratamento digno, respeitoso, com escuta, acolhimento, orientações, etc., foi melhorando a relação entre os familiares e os profissionais. E o efeito disso também se pode perceber na forma como é construída a relação com as mães que por vezes começa um pouco difícil, mas conforme elas vão sendo acolhidas, a relação vai se transformando. O que refletiu também, em parte, na redução das agressões dos pais contra os/as trabalhadores/as.

A relação direta do prestador com o beneficiário envolve por si só, um universo de arbitragens e mobilizações do *corpo-si* de uma forma mais evidente que em outros tipos de atividades. Numa relação de serviço, tal como ocorre na UTIN entre as/os técnicas/os com os bebês e os familiares, o desafio é ainda maior, pois esses trabalhadores vivenciam tudo isso de forma muito mais intensa por estarem lidando com situações limítrofes, tanto no que se refere ao quadro de fragilidade da saúde dos bebês, quanto do estado emocional dos pais frente a essa situação.

Vimos como a construção de um patrimônio de valores comuns e regras de bem viver entre as técnicas e os técnicos se revelaram essenciais para a formação de um coletivo de trabalho e na constituição de *entidades coletivas relativamente pertinentes*¹⁰⁷. Onde através de elementos de cooperação e solidariedade se apóiam, bem como buscam fortalecer o seu ofício e o seu coletivo.

As competências relacionais são fortemente mobilizadas na relação com os bebês e com as mães, o que em certa medida orienta as realizações das atividades. As posturas que têm com as mães, buscando compreender a situação em que se encontram, respeitando seus medos, sua ansiedade, mostram o quanto a dimensão relacional acaba norteando algumas arbitragens em suas atividades.

Sem dúvida, depois de tudo o que foi apresentado até o momento não há como pensar que esse tipo de atividade é simples ou somente de mera execução.

Ela se revela complexa não apenas pelo contexto atual dos cuidados, em que se têm tratado de prematuridades cada vez mais extremas, pela necessidade de saber lidar com as novas tecnologias e pelo aumento das exigências em torno da qualidade. A complexidade está presente também nos múltiplos aspectos que envolvem as atividades, como a dimensão relacional, a dimensão afetiva, a dimensão cognitiva, as normas de cada um, as normas do coletivo, as normas da instituição, entre outras, os valores individuais, os valores comuns, as regras⁹³. Enfim, uma série de elementos, até difíceis se não impossíveis de tentar listá-los, mas os quais cada trabalhador/a precisa gerenciar no curso da sua atividade na forma de *dramáticas do uso de si*⁵.

Entendemos que a análise da relação entre saúde e trabalho engloba diversos elementos, não se resumindo aos efeitos das condições de trabalho. Todavia, destacamos que as condições de trabalho encontradas na UTIN assemelham-se em muitos aspectos com as observadas em outras pesquisas no mesmo tipo de unidade como, por exemplo, a de Masson¹⁴ e a de Souza⁸⁶. Os resultados apontam para uma série de aspectos potenciais para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, tais como: exposição a agentes biológicos, raio X, ruído incômodo e frio intenso, exigência física de permanecer muito tempo de pé e realizar gestos repetitivos, ritmo de trabalho intenso, ausência de pausas, trabalho em turno diurno e noturno, aumento das exigências em torno da qualidade do trabalho e precarização do vínculo empregatício.

Constamos que algumas doenças ou sintomas, que foram assinalados como relacionados ao trabalho pelas técnicas e técnicos de enfermagem, têm correlação com as condições acima descritas, como: varizes, problemas das articulações, problemas digestivos, dores de cabeça, dores no estômago, fadiga geral, problemas de coluna, alergia, ferimentos por acidente, problemas respiratórios, dores musculares crônicas, adormecimento frequente dos membros, doenças infecciosas, problemas de visão, problemas de pele, problemas no trato-urinário, stress, problemas de sono, ansiedade e irritabilidade.

Esse quadro de adoecimentos e sintomas vagos e difusos dá indicativo do esgotamento das trabalhadoras e trabalhadores. Segundo Hubault³ o esgotamento das pessoas na relação de serviço podem tanto resultar dos esforços comprometidos do prestador para atender ao beneficiário, quanto do esgotamento das soluções disponíveis para este atendimento. Isso significa que na relação de serviço, a/o técnica/o deve compreender e responder, ou seja, 'agir' e não somente 'executar'. O seu trabalho é uma atividade de pensamento, de imaginação e de criação, que exige sua implicação e participação e, portanto, supõe sua autonomia³ (p.101). Assim sendo, as condições de trabalho na UTIN devem ser concebidas de forma que lhe ajudem a pensar, a se implicar, a se comprometer, como um dispositivo organizacional que combina de maneira original as dimensões materiais (ruído, etc.), cognitivas (formação, informação, etc.) e subjetivas (significado, responsabilidade, reconhecimento, ética)³. Essas condições só podem ser corretamente dimensionadas e articuladas se a maternidade consegue pensar

essa relação de serviço com todos esses aspectos envolvidos. Ou seja, se determina suficientemente o que espera no âmbito de suas próprias finalidades (coerência do significado da relação de serviço com os objetivos econômicos) e reconhece a parte que o trabalho deve e toma a partir das tensões (coerência na estruturação da relação de serviço com a organização) as quais lhe pede para lidar³.

Dejours¹¹³ propõe que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, sendo seu operador ou apresentando um caráter patogênico. Assim sendo, consideramos que a dimensão relacional presente na atividade das/os técnicas/os na UTIN tem um papel fundamental para a sua saúde, sobretudo na transformação do sofrimento em prazer.

Durante toda a pesquisa de campo as técnicas e os técnicos relataram muito mais aspectos de suas atividades que lhes proporcionam satisfação do que os que lhes causam sofrimento. Percebemos que muitos dos aspectos relacionados com a satisfação e o prazer eram frutos da superação do sofrimento, do quanto o seu engajamento nas atividades conseguiu transformar alguma situação. Como quando: conseguem estimular o vínculo da mãe com o seu bebê; o bebê sai bem e sem sequelas; um bebê grave começa a melhorar depois dos cuidados intensivos ou descobrem através de um pequeno cuidado, um acolhimento, uma forma de confortar o bebê. Vemos que essa questão de se sentir desafiado, de ser colocado/a à prova ainda mais em situações extremas como é na UTIN é motivadora para muitas/os técnicas/os em suas

atividades, evitando um rumo patogênico. Embora o sofrimento esteja ali presente a disposição para lutar na conquista da saúde ainda têm prevalecido.

Esperamos que de alguma forma esse trabalho possa ter contribuído para ajudar a compreender a beleza e a complexidade da relação de serviço das técnicas e técnicos de enfermagem que atuam na UTIN e suas articulações com a saúde.

Referências bibliográficas

1. Cerf M, Vallery G, Boucheix JMI. As atividades de serviço: desafios e desenvolvimentos. In: Falzon P(editor) Ergonomia. Ingratta GMJ et al, tradutores. São Paulo: Blucher; 2007.p 485-500.
2. Du Tertre C. Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé. @ctivités[Internet].2005.2(1):37-49.Disponível em:
<http://www.activites.org/v2n1/dutertre.pdf>
3. Hubault F. L'approche ergonomique des questions santé / travail. Mouvements [Internet].2009/2. N°58:97-102.Disponível em:
http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=MOUV&ID_NUMPUBLIE=MOUV_058&ID_ARTICLE=MOUV_058_0097
4. Barros-Duarte C, Cunha L, Lacomblez M. INSAT: Uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. Rev. Laboreal [Internet]. 2007. 3(2): 54-62. Disponível em:
<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>
5. Schwartz Y. Trabalho e uso de si. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF;, 2007. p.191-206.

6. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Rev. Bras de S Ocupacional.1986.14(54):7-11.

7. Brito JC. Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito JC, Alvarez D (orgs.). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.91-114.

8. Gomes L, Martins R, Roquette G. Ambulatórios públicos de saúde mental: razões e percursos. [Monografia de Especialização]. [Rio de Janeiro]: ENSP/FIOCRUZ,1999.

9. Gomes L .Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: ENSP/FIOCRUZ; 2002. p. 122.

10. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos Pagu. 2005.(24):105-125.

11. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-am Enfermagem.2004. maio-junho; 12(3):469-76.

12. Scochi CGS, Angerami ELS, Rocha SMM, Lima RAG. A organização do trabalho na assistência ao recém-nascido em berçários da regional de Ribeirão Preto – SP. Brasil – 1992. Rev. Latino-am. Enfermagem.1997.5(1): 27-36; jan.

13. Rego M. Trabalho hospitalar e saúde mental: O caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: IMS/ UERJ; 1993.

14. Masson LP. A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade. [dissertação] .[Rio de Janeiro] : ENSP/ FIOCRUZ;2007. p.236.

15. Osório C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 2006.vol.9,n.1:15-32.

16. Brito JC. Saúde, trabalho e modos sexuados de viver. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

17. Moreira MEL, Bomfim OL, Llena Júnior J.Esperando um bebê de risco. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS (orgs.). Quando a vida começa diferente:o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p.15-23.

18. Carvalho M. Prefácio. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS (orgs.). Quando a vida começa diferente:o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p.9-12.

19. Zarifian P. Mutações dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS (org.). Relação de Serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001. p. 67-94.

20. Schwartz Y, Durrive L (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007. p.308.

21. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher; 2001.

22. Dejours C. Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancmann S, Sznelwar LI (orgs.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo 15;2008. p 49-106.

23. Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS (org.). Relação de Serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac;2001. p. 95-150.

24. Zarifian P. Objetivo Competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.

25. Zarifian P. Le travail et l'évenement. Paris: L'Harmattan;1995.

26. Terssac G, Maggi B. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: Daniellou F(org.). A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher; 2004. p.79-104.

27. Canguilhem G. O Normal e o patológico. 5ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

28. Nourodine A. A linguagem: dispositivo revelador da complexidade do trabalho. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D (orgs.) Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez;2002. p-17-30.

29. Schwartz Y.Travail et philosophie: convocations mutuelles. 2.ed. Tolouse: Octares;1992.

30. Antunes R. Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, Campinas:Editora Universitária/Unicamp; 1995.

31. Brito JC, Athayde M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade.Trabalho, Educação e Saúde.2003.1(2):239-265.

32. Daniellou F, Laville A, Teiger C. Ficção e realidade do trabalho operário. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 1999. Nº 17- outubro,novembro, dezembro.

33. Telles A, Alvarez D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito

JC, Alvarez D(orgs.) Labirintos do trabalho: interrogações sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. pp-63-90.

34. Brito JC. Trabalho prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p.282-288.

35. Schwartz Y. Actividade. Laboreal [Internet].2005. 1, (1):63-64. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53635622>

36. Athayde M, Muniz HP, França MB, Figueiredo M. A perspectiva da Ergologia e o Campo da Saúde Mental e Trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE (orgs. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. 1ªed. São Paulo: Roca; 2010. p.229- 247.

37. Durrive L.Introdução I. In: Schwartz Y; Durrive L. (orgs.).Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF;2007. p 19-20.

38. Clot Y. Clinique du travail, clinique du réel.Le journal des psychologues. 2001.nº185, mars.

39. Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. Pistes [Internet]. 2000.Vol. 2 No. 1 Mai 2000-Réflexion sur la pratique:1-7. Disponível em: <http://pettnt/v2n1/articles/v2n1a3.htm>

40. Oddone I, Re A, Briante G. Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail? Paris: Messidor/Editions Sociales; 1981.

41. Athayde M, Neves MY. Saúde, gênero e trabalho na escola: um campo de conhecimento em construção. In: Brito J, Athayde M, Neves MY (orgs.) Saúde e trabalho na escola. Rio de Janeiro: CESTE/ENSP/FIOCRUZ;1998. p. 23-36.

42. Marx K. A produção de mais-valia absoluta. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: O Capital. Livro I, Seção III, Capítulo IV. São Paulo: Abril Cultural;1983.

43. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p.25-36.

44. Faïta D. 2002. Análise das práticas languageiras e situações de trabalho: uma renovação metodológica imposta pelo objeto. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D (orgs.) Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez;2002. p-45-60.

45. Gadrey J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: Salerno MS (org.). Relação de Serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001. p. 23-65.

46. Salerno MS. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In: Salerno MS (org.). Relação de Serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001. p. 9-22.

47. Schwartz Y. Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p. 207-224.

48. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. Educação e Sociedade [Internet].dez.1998. [Acessado em 01/03/2010].V.19,n.65. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173301998000400004&lng=pt&nrm=iso

49. Ramos LAR. Sistematização da assistência de enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem. [dissertação]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2007.

50. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1999.p.99-112.

51. Lamy Filho F. Carga de trabalho e falhas inespecíficas de processo nos cuidados intensivos neonatais. [tese de doutorado]. [Rio de Janeiro]: IFF/FIOCRUZ;2001.

52. Santos LAC. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. História,Ciências,Saúde-Manguinhos. jan.-mar 2008. v.15,n.1:13-28.

53. Santos LAC, Faria L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. Saúde Soc.2008.V.17, n.2:35-44.

54. Bartmann M. Evolução histórica dos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem no contexto sócio-político do Brasil. Boletim Técnico do SENAC [Internet]. Acessado em 11/05/2010.Disponível no site: <http://www.senac.br/BTS/233/boltec233c.htm>

55. Kruse MHL. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. Rev Bras Enferm 2006.59(esp): 403-10.

56. Barreira IA. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. Texto Contexto Enferm.2005.Out-Dez; 14(4):480-7.

57. Santos RM, Trezza MCF, Candiotti ZMC, Leite JL. Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da Lei 775/49. Rev. Latino-am. Enfermagem. julho-agosto2002. 10(4): 561-70.

58. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enferm.2009. Abr-Jun; 18(2):280-9.

59. Seifert AM, Messing K. Écouter et voir dans un monde technique: effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. PISTES [Internet]mai.2004.V.6,n.1.Disponível em:
<http://pettnt/pistes/v6n1/articles/v6n1a3.htm>

60. Molinier P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. Rev. Bras.Saúde Ocup.2008. 33(118):06-16.

61. Rodrigues RG, Oliveira, ICS. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). Revista Eletrônica de Enfermagem.2004. v.06, n.02.

62. Dunn PM. Stéphane Tarnier (1828–1897), the architect of perinatology in France. Arch Dis Child Fetal Neonatal [Internet].2002. Ed 2002;86:137:139.Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721389/pdf/v086p0F137.pdf>

63. Lamy ZC. Unidade Neonatal: Espaço de conflitos e negociações. [tese de doutorado],[Rio de Janeiro]: IFF/FIOCRUZ;2000.

64. Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebês a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas;1993.

65. Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em uma Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enf. 2001.v.14(1):9-16.

66. Freitas EM, Nunes ZB. O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em neonato. REME rev. min. enferm. abr.-jun. 2009. 13(2):215-224.

67. Mello RR, Meio MDB, Morsch DS, Silva KS, Dutra MVP, Monteiro AV, Lopes JM. Ultra-sonografia cerebral neonatal normal no prematuro - é possível tranquilizar os pais? J. pediatr. (Rio J.). jan.-fev.1999.75(1):45-9.

68. Baggio MA, Bazzi FCS, Bilibio CAC. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica. Rev Gaúcha Enferm. 2010 mar.31(1):70-6.

69. Rolim KMC, Linhares DC, Rabelo LS, Gurgel EPP, Magalhães FJ, Caetano JÁ. Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: conhecimento da enfermeira. Rev. Rene. out./dez.2008. v. 9, n. 4:107-115.

70. Farias LM, Cardoso MVLML, Oliveira MMC, Melo GM, Almeida LS. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na Unidade Neonatal. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 37-43, abr./jun.2010

71. Rossi FS, Ceccon MEJR, Krebs VLJ. Infecções estafilocócicas adquiridas nas unidades de terapia intensiva neonatais. Pediatría (São Paulo). 2005.tab.27(1):38-47.

72. Lopes GK, Rossetto EG, Belei RA, Capobianco JD, Matsuo T. Estudo epidemiológico das infecções neonatais no Hospital Universitário de Londrina, Estado do Paraná. Acta Sci.Health Sci. Maringá. 2008.v.30.n.1:55-63.

73. Malvino E, Muñoz M, Ceccotti C, Janello G, Mc Loughlin D, Pawlak A, Desmery P, Lopez GO. Complicaciones maternas y mortalidad perinatal en el síndrome HELLP: Registro multicéntrico en unidades de cuidados intensivos del área Buenos Aires. Medicina (B.Aires). 2005. 65(1):17-23.

74. Carvalho ALS, Reis ACS, Dias FR, Monteiro MAA, Pinheiro AKB. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. RENE. jan./abr.2007.v. 8, n. 1, p. 26-31.

75. Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. Rev Latino-am Enfermagem[Internet] 2008 janeiro-fevereiro; 16(1). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

76. Morsch DS, Braga MCA. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. Dez 2007. V. 10, n. 4: 624-636.

77. Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2009 janeiro-fevereiro; 17(1). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

78. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL . O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. R Enferm UERJ. 2006 jan/mar; 14(1):93-9.

79. Souza KMO. O processo de trabalho da UTI Neonatal e a produção de cuidados humanizados: limites e potencialidades. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: IFF/FIOCRUZ; 2006. p.121.

80. Longhi A, Tomaz CAB. Variabilidade da Frequência Cardíaca, Depressão, Ansiedade e Estresse em Intensivistas. Rev Bras Cardiol.2010. novembro/dezembro 23(6):315-323.

81. Kakehashi TY, Pinheiro EM, Pizzarro G, Guilherme A. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Paul Enferm.2007;20(4):404-9.

82. Cruz ATCT, Dodt RCM, Oriá MOB, Alves MDS. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: perfil da produção científica brasileira. *Cogitare Enferm.* 2011 Jan/Mar.16(1):141-47.

83. Kovács MJ, Vaiciunas N, Esslinger I, Souza TM. Cuidando do Cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal. *O Mundo da Saúde São Paulo.*2008: jan/mar. 32(1):24-30.

84. Castro I, Bernardino E, Ribeiro ELZ. Absenteísmo na enfermagem em UTI Neonatal: perfil do profissional e motivo das ausências. *Cogitare Enferm.* 2008 Jul/Set; 13(3):374-9.

85. Baldiniv M, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Pediatria Moderna.* 2000. Edição:Jun2000-Edição Especial Tema:UTI-NEONATOLOGIA.

86. Souza AMZ. Atividade de cuidados em UTI Neonatal: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: ENSP/FIOCRUZ; 2010. p.137.

87. Wisner A. Questões epistemológicas em ergonomia e em análise do trabalho. In: Daniellou F(org.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.* São Paulo: Edgard Blücher; 2004. p.29-56.

88. Barros-Duarte C, Cunha L. 2010. INSAT 2010 - Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*. 2010. 6, (2):19-26.
<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234;5252:5:5292>

89. Durrafourg J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p.47-82.

90. Brito J. O trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005.v. 10, n. 4: 879-890.

91. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ªed. São Paulo:Hucitec. 2004.

92. Caponi S. 2003. A saúde como abertura ao risco. In: Czesrenia D, Freitas CM (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.55-78.

93. Schwartz Y. O homem, o mercado e a cidade. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p. 249-276.

94. Silva EF, Brito J, Neves MY, Athayde M. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface. Comunicação, Saúde e*

Educação.2009. v. 13:107-119.

95. Botechia F, Athayde M. Conversas sobre o trabalho sob o ponto de vista da atividade: algumas abordagens metodológicas. In: Barros ME, Heckert AL, Margoto L (orgs.). Trabalho e saúde do professor: Cartografias no percurso. Belo Horizonte: Autêntica;2008. p. 43-78.

96. França M. Uma comunidade dialógica de pesquisa: atividade e discurso em guichê hospitalar. São Paulo:FAPESP/EDUC; 2007.

97. Brito J, Athayde M, Neves MY (orgs.). Saúde e trabalho na escola. Rio de Janeiro: CESTE/ENSP/FIOCRUZ.2003.

98. Durrive L. O formador ergológico ou "Ergoformador": uma introdução à ergoformação.In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007.p. 297-309.

99. Durrive L. Caixa de ferramentas – O fio condutor do animador. In: I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho. NEICT/ CT/ Universidade Federal Fluminense. Niterói/ Rio de Janeiro; 2001.

100. Barreto ML. Comentário: tecnologias em saúde e o sempre tênue equilíbrio entre riscos e benefícios. Rev. Saúde Pública [Internet]. June 2006. vol.40 no.3. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003499102006000300005&script=sci_artt_ext

101. Schaberle FA, Silva NC. Introdução à Física da Radioterapia: efeitos biológicos das radiações. Departamento de Física/UFSC [Internet]. 2000. Disponível em:

<http://www.fsc.ufsc.br/~canzian/intrort/efeitos.html#naoionizantes>

102. Rezende AF. Nós e as radiações. Edição Comemorativa do Centenário da Radiologia[Internet].Nov1995.Disponível em :

<http://www.nuclear.radiologia.nom.br/trabalho/noseas/noseasra.htm>

103. Molinier P. O ódio e o amor: a caixa preta do feminismo? Psicologia em Revista. Dez 2004. v10, n. 16: 227-242.

104. Revuz C. O trabalho e o sujeito. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p.224-245.

105. Cru D. Coletivo e trabalho de ofício; sobre a noção de coletivo de trabalho. Plaisir et souffrance dans le travail. Séminaire Interdisciplinaire de Psychopatologie du travail. Paris: AOCIP. Tome 1;1986.p. 43-49.

106. Clot Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis: Vozes; 2006.

107. Schwartz Y. A dimensão coletiva do trabalho: as "ECRP". In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p.151-166.

108. Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas; 1997.

109. Canguilhem G. Meios e normas do homem no trabalho. Pro-posições. Jul-nov 2001. v.12.n.2-3: 109-121.

110. Schwartz Y. Anexo ao capítulo 1: Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: Schwartz Y, Durrive L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Brito J, Athayde M et al tradutores. 1ªed. Niterói: EdUFF:, 2007. p.137-46.

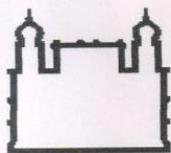
111. Schwartz Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D (orgs.) Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez;2002. p.99-126.

112. Ribeiro APG. Bakthin e o conceito de polifonia. In: A história do seu tempo: A imprensa e a produção do sentido histórico. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: ECO/UFRJ;1995.

113. Dejours C 1995. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le Travail Humain* 58:1-16.

Anexos

Anexo 1: Parecer de aprovação do CEP/ENSP/FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 131/10
CAAE: 0137.0.031.000-10

Título do Projeto: “Saúde, trabalho e relação de serviço: um estudo da atividade dos profissionais de enfermagem em uma UTI neonatal”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Luciana Gomes

Orientadora: Jussara Cruz de Brito

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 16 / 06 / 2010

Data de apreciação: 07 / 07 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Profa. Angela Esher
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat.: 1355884

Anexo 2: Atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem na UTIN

Atribuições dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

- Receber e passar plantão sob seus cuidados juntamente com a Enfermeira e toda a equipe;
- Prestar assistência integral ao recém nascido internado na UTI neonatal, com atendimento às suas necessidades básicas e de acordo com a escala de tarefas elaborada pelo enfermeiro líder;
- Colaborar com a organização do setor, evitando o desperdício do material e zelando pelo bom funcionamento dos equipamentos;
- Manter a unidade do paciente abastecida com materiais de uso individual, repondo o que for necessário;
- Conferir diariamente a unidade de internação do RN, checando o funcionamento dos materiais (saídas de gases, estetoscópio, monitores, bombas infusoras, termômetro, ambu, laringoscópio, entre outros);
- Auxiliar o enfermeiro ou a equipe médica durante a realização de procedimentos de maior complexidade e/ou admissão de pacientes sempre que solicitado;
- Preparar RN para cirurgia ou exames com preparo especiais;
- Encaminhar e acompanhar os pacientes para exames, cirurgias e transferências intra e extra-hospitalares de acordo com o grau de gravidade e após avaliação e determinação do enfermeiro;
- Executar cuidados de enfermagem relativos à higiene, curativos simples incluindo de coto umbilical, alimentação, movimentação dos pacientes e limpeza concomitante da unidade do recém-nascido
- Verificar e anotar sinais vitais, controle hídrico e outros, nos horários prescritos, comunicando alterações à Enfermeira ou médico
- Administrar medicamentos prescritos e preparados pelo enfermeiro, exceto medicações por acesso venoso central;
- Preparar o corpo na ocasião de óbito neonatal
- Registrar na folha de prescrição todos os cuidados prestados e a avaliação do paciente;
- Registrar na folha de balanço hídrico as informações sobre os sinais vitais; eliminações; dieta; medicamentos administrados; DU e outros de relevância;
- Promover o aleitamento materno;
- Assistir e orientar os pais dos RNs internados quanto a realização dos cuidados básicos de higiene, alimentação, conforto objetivando a educação em saúde seguindo os princípios da assistência humanizada;
- Cumprir o regulamento da Instituição e o regulamento da divisão de Enfermagem e as rotinas do setor.

Anexo 3: Apresentação do Encontro I: A dimensão imaterial e relacional da atividade da/o técnica/o de enfermagem na UTI Neonatal



ENCONTROS SOBRE O TRABALHO
A dimensão imaterial e relacional da atividade da/o técnica/o de enfermagem na UTI Neonatal

Dezembro, 2010

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA UTI NEONATAL

- o Atividade de serviço- aspectos técnicos, aspecto relacional, subjetividade, comunicação, cognitivo, invisível.
- o O que caracteriza o trabalho na UTIN é o cuidado e a dedicação que é preciso ter com o bebê.
- o "Na UTI neonatal a recompensa é a vida."
- o Na UTIN o esforço físico é menor porém tem um cansaço maior que está relacionado à atenção, que tem ser constante. 100% de atenção nos bebês e nos aparelhos.
- o "Na UTIN você não precisa lidar com pacientes queixosos. O bebê no máximo chora e a partir do choro é possível identificar do que se trata. Os bebês aqui ainda não usam o choro como manha."

- o Imprevisível. "Em 20 minutos tudo pode mudar".
- o Desafiador, de testar as competências.
- o "o trabalho aqui é muito difícil de ser feito, mas também é muito compensador."
- o O trabalho é gratificante. É uma unidade que tem poucas perdas e que conseguem ver a melhora dos pacientes. Poder realizar os cuidados e acompanhar a recuperação e a evolução dos bebês, foi destacado pela maioria dos técnicos como algo que traz muita satisfação na sua atividade.
- o Felicidade e satisfação em receber visitas dos "ex-pacientes", ou quando encontram alguém da família que informa como está o bebê.

- o "Os cuidados que fazem podem até parecer simples ou pequenos, mas são um componente importante para a saúde dos bebês. Qualquer coisa que seja feita errada poderá trazer sequelas para toda a vida. Você se sente importante nisso. É pequeno mas no conjunto é muito importante para a criança." (Importância do cuidado para a recuperação e para a vida do bebê.)
- o O nível de complexidade na UTIN é grande, os procedimentos são mais complexos. Fora da UTI os cuidados são mais abrangentes, mas ali (na UTIN) é muito específico.
- o Os anos de prática conferem certa segurança e autonomia na atividade.
- o Vários plantões em locais diferentes- a agenda é imprescindível para gerenciar a vida. Ajuste de dias com os colegas.

TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO

- o Mudança de berçário para UTIN em 2000. Mudanças nas condições de trabalho, na tecnologia, nos cuidados.
- o "Antes era o Inferno. Hoje com a introdução de novos profissionais e este espaço físico, aqui é o paraíso"
- o "Foram tantas as mudanças que até parece que a gente está trabalhando em outro hospital."
- o Há pelo menos 1 técnico(homem) em cada plantão.
- o Proliferação de cursos talvez não assegure mais a "postura" profissional de antes.

RELAÇÃO ENTRE OS TÉCNICOS

- o Equipes animadas e bem entrosadas.
- o Em diferentes níveis de intensidade, todos comentaram o quanto gostam de trabalhar com a equipe do seu plantão e o quanto é fundamental que o trabalho seja realizado de forma coletiva, não pode ser "equipe".
- o Por ser uma unidade fechada e pela característica do plantão, que é de 24 horas direto, isso faz com que se conheça mais as pessoas, intensifique a relação, então, para os técnicos, isso facilita a relação.

- o Consideram fundamental para este tipo de atividade a cooperação e a solidariedade entre eles. A solidariedade se revela também na organização informal que fazem para realizar pausas, tomar café, descansar.
- o Companheirismo.
- o A comunicação é boa. Vários técnicos comentaram que basta um olhar para se fazerem entender pelos demais e que isso facilita as trocas no trabalho.

RELAÇÃO COM AS CHEFIAS

- o Sobre a relação com as chefias, quase todos os técnicos simplesmente responderam que é boa.
- o Uma técnica ressaltou que hoje a chefia é nova, atualizada e que isso facilita o diálogo.
- o Importância da confiança no trabalho para que a sua fala seja reconhecida.
- o Não há reuniões formais para discutir os casos, há somente a passagem de plantão.

RELAÇÃO COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS

- o As fronteiras hierárquicas não parecem tão intransponíveis. Mas depende do plantão, tanto em relação aos médicos quanto aos enfermeiros.
- o Acreditam que a atenção integral e o aumento da interdisciplinaridade, de certa forma revelam a importância do trabalho de cada profissional e ajuda a diminuir um pouco as questões hierárquicas porque também há um respeito pelo trabalho de cada um. Muda também a qualidade da relação entre os profissionais.
- o "A criança depende tanto de um quanto de outro profissional. Então a troca é muito importante."

- o O entrosamento é maior com a equipe de enfermagem, mas tentam manter um bom relacionamento com os demais profissionais. Os mais experientes se "posicionam" frente aos outros profissionais.
- o Comentários e observações são considerados pelos profissionais quando há reconhecimento e confiança no trabalho do técnico.
- o "Eu falo, falo sempre, porque sei do que estou falando. Já tive medo, mas pensei: o que eles podem fazer contra mim? Por outro lado se não falar, pode ser pior para a saúde do bebê."
- o "Você tem que saber se impor. Vc sabe o que está fazendo".

RELAÇÃO COM AS MÃES

- o É boa. Mas, algumas mães são mais difíceis de lidar, por questões de medo, de insegurança, de impotência frente à situação que estão passando e que tem mais dificuldade de entender.
- o É preciso entender os pais, tentar imaginar o que estão passando.
- o Consideram que as mães dos bebês internados são muito sofredas, que também precisam de conforto, de atenção, então esta empatia com elas, de certa forma, faz com que busquem relevar quaisquer dificuldade nesta relação. A este respeito, um técnico comenta:
"Para ser da enfermagem tem que gostar, tem que estar de corpo inteiro, sem esperar muito do outro."
- o Em diferentes momentos os técnicos falam de como se emocionam com as reações das mães, como quando reverte um quadro grave de um bebê, ou quando o bebê vai à óbito.

- o As dificuldades nessa relação parecem se concentrar mais no início. Também acontece de manifestarem preferência pelo trabalho de um ou outro e ficaram comparando.
- o Na medida do possível tentam não se envolver com os bebês, com as famílias, mas muitas vezes são tomados pelas histórias de vida. "Não tem como você não se envolver!"
- o Tem muita história aqui dentro da UTIN. Os outros setores já recebem a criança pronta."
- o "Eu choro, até tento não chorar, seguro o máximo que dá, mas não tem como porque acabo tendo muito empatia com as mães. A UTIN acaba também intensificando a relação com as mães e os bebês."
- o Buscam manter o contato, para acompanhar o desenvolvimento dos bebês.

- o Uma técnica falou que o trabalho dos técnicos é ensinar às mães como devem ser os cuidados e também o amor pelos bebês. Para isso, cada um lança mão de alguma estratégia.
- o A maioria dos técnicos destaca que se sente reconhecida pelas famílias. Falam orgulhosas das cartas de agradecimentos que as mães fazem e deixam expostas nos murais no corredor.
- o Sofrimento e preocupação pelo o que estar por vir aos bebês
- o "No particular as mães solicitam mais de você e no público é você que solicita mais das mães."

RELAÇÃO COM OS BEBÊS

- o "A gente aqui chama eles de filho. Então você cuida como se fosse um filho seu. Você tem que dar cuidado de verdade, o carinho é maior, por ser bebê, por ter acabado de nascer, de você acompanhar o desenvolvimento. Você acaba se apegando."
- o "Ele não te entende, você tem que entender a expressão dele. Tem que gostar muito. Saber entender um gesto, um choro. Precisa de um tempo para aprender a identificar o que significa." Tem que aprender como lidar, aprender a observar.
- o Por outro lado, "o bebe não descarrega em você como o adulto."
- o Há uma preocupação com o sofrimento e o desenvolvimento do bebê.

- o Uma técnica comenta que normalmente quem trabalha com neonatologia ou pediatria acaba se sensibilizando mais com os pacientes e se dedicando mais.
- o Apego aos bebês.
- o Gostam quando os bebês começam a interagir, buscam um carinho, pegam na mão. Acalantam o bebê, proporcionam acolhimento.
- o Nunca falam em morrer ou morte, é sempre "indo embora". Muitos falaram que é muito doloroso quando um bebê "vai embora" (morre). E acham que ainda é mais difícil lidar com a reação dos pais diante da perda do bebê, ver o sofrimento da família.
- o Apesar dos anos de experiência, algo que é difícil é punccionar o bebê. "Dá muita pena, aquilo dói."

- o A atenção ao bebê vai muito além dos equipamentos, usam todos os sentidos do corpo.
- o "Às vezes o monitor fica apitando, mas vc sabe que ele já vai voltar, que não é nada. Porque o técnico não olha só o monitor, ele vê os sinais do bebê todo, como a cor, os movimentos."
- o Reconhecem que é essencial o uso dos aparelhos mas que eles não dão conta de forma tão complexa e rápida quanto o "olhar que foi treinado para isso."
- o Sensação de impotência às vezes, de não poder fazer mais.

- o Muitos técnicos comentaram que não conseguem se desligar totalmente dos bebês, eles chegam a ligar pra saber se o "seu bebê" está melhor. Algumas técnicas disseram que ficam preocupados, desabafam suas angustias com os maridos. Perguntam sobre eles para os colegas quando se encontram em outros hospitais.
- o Alguns técnicos comentaram que conseguem sair dali e se desligar, mas que quando voltam ficam preocupados novamente. "Precisamos desligar, também temos nossas vidas e nossos problemas."
- o Valorizam muito o esforço do bebê enquanto está ali, como uma luta constante contra a morte.

ALGUMAS QUESTÕES PARA EXPLORAR

- o O que significa não conseguir se desligar? O que isso implica?
- o Será que o "não desligar", de alguma forma, é fundamental para a sobrevivência dos bebês?
- o O quanto a relação com a família e o bebê é desgastante ou gratificante?
- o Como é vivido quando o bebê "vai embora"? Como lidam com o sofrimento da família?
- o Como lidam com estas mobilizações? Invade a vida pessoal?
- o Paradoxo: ao mesmo tempo que tentam não se apegar, buscam manter contato para acompanhar o desenvolvimento da criança
- o Como lidam com o sofrimento do bebê?

OBRIGADA!

Anexo 4: Apresentação do Encontro II: Relação de serviço e os desafios à saúde



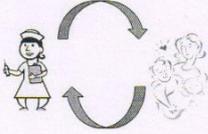
Encontros sobre o trabalho

Janeiro, 2011.

RELAÇÃO DE SERVIÇO E OS DESAFIOS À SAÚDE

RELAÇÃO DE SERVIÇO

- o É a relação direta entre um prestador de serviço e um beneficiário.



OS TRABALHADORES SÃO LEVADOS A REALIZAR, EM TEMPO REAL, ARBITRAGENS ENTRE:

- As orientações e os objetivos fixados pela hierarquia (chefia, da instituição, do órgão público)
- Especificidade da demanda do paciente (ou da família)



O processo de arbitragem é o coração da dinâmica dos serviços.

Como você vivencia isso no seu dia-a-dia?

RELAÇÃO DE SERVIÇO E OS DESAFIOS À SAÚDE

- o O esgotamento dos trabalhadores pode resultar:
 - Tanto dos esforços comprometidos para responder ao paciente/familiar. Recursos individuais e coletivos que são mobilizados.
 - Quanto do esgotamento das soluções disponíveis para atender ao mesmo paciente/familiar. As condições de trabalho só podem ser correlatamente dimensionadas e articuladas se a organização tem clareza sobre essa atividade.



Como você lida com essas mobilizações? Isso afeta a sua vida privada?

Você percebe a relação disso com a sua saúde?

NAS ATIVIDADES IMATERIAIS E RELACIONAIS

- o Os desafios associados à saúde estão em torno do:
 - Aumento da intensidade do trabalho (ritmo acelerado de trabalho ou extensão das horas de trabalho)
 - Técnicos de enfermagem – 48 até 84hs por semana
 - Qualidade do trabalho



Você considera que houve mudanças na sua atividade nos últimos anos? Ou a partir de 2000? De que tipo? Você percebe se há um aumento da intensidade do seu trabalho ou uma exigência maior da qualidade? Como isso lhe afeta? Qual é o suporte da instituição?

Para atender os objetivos da intensificação do trabalho e da qualidade do serviço o trabalhador realiza arbitragens, as quais não são sem efeito para a saúde.



E a sua saúde, como está?

RECURSOS DISPONÍVEIS PARA AGIR
(A PARTIR DOS DADOS COLETADOS JUNTO AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA UTIN)

- o Bom humor, como estratégia para lidar com toda a tensão e as "histórias tristes" da UTIN
- "Não sou máquina, tem que brincar. Tem hora pra isso".
- o Solidariedade, companheirismo da equipe
- o Patrimônio construído coletivamente
- o Cursos e atualizações
- o Acúmulo de plantões e os horários de trabalho que interferem no sono.
- "...o corpo já está acostumado."
- Tomam muito café. "...mas nem faz mais efeito"

O que fazer para manter a atenção constante durante as 24hs?

CONDIÇÕES DE TRABALHO E DIMENSÕES DA RELAÇÃO DE SERVIÇO

- o Boas condições de trabalho e bom número de profissionais permite que possam fazer a humanização no atendimento
- o Tipo de vínculo empregatício, desigualdade salarial e de direitos. 2/3 extra-quadro
- o Férias, licenças, plantões.

Quais os efeitos para isso para a atividade? E para a sua saúde?

Como isso interfere na organização da saúde pessoal?

Até que ponto a instituição percebe as dimensões do trabalho do técnico de enfermagem?

RESULTADOS DO INSATS-BR (26 PARTICIPANTES)

- o Consideram que as condições materiais e institucionais são adequadas para desempenhar suas atividades.
- o Não há um padrão de adoecimento, problemas de saúde são muito difusos.
- o Inicialmente, a percepção de que a saúde está sendo afetada pelo trabalho foi pequena.
- o Entre os problemas de saúde marcados pelos participantes:
 - 98 foram agravados ou acelerados pelo trabalho,
 - 90 causados pelo trabalho e
 - 43 marcados como sem relação com o trabalho

PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS ASSINALADOS NO INSATS, COMO CAUSADOS OU AGRAVADOS PELO TRABALHO

- o Stress (15)
- o Varizes (15)
- o Problemas de sono (14)
- o Problemas musculares (14)
- o Problemas das articulações (14)
- o Dores de cabeça (10)
- o Problemas digestivos (10)
- o Dores no estômago (9)
- o Fadiga Geral (9)
- o Problemas de coluna vertebral (9)
- o Alergias (8)
- o Ferimentos por acidente (7)
- o Problemas respiratórios (7)
- o Irritabilidade (7)
- o Dores musculares crônicas (7)
- o Adormecimento frequente dos membros (6)
- o Doenças infecciosas (4)
- o Problemas de visão (4)
- o Problemas de pele (4)
- o Problemas no trato urinário (4)

Nota: a instituição possui 12 a 30 anos

Apesar do aumento do número de técnicos depois que veio a UTIN, dos que estão presentes atualmente, a maioria ingressou a partir de 2008.

Quais seriam os sinais de alerta para a saúde dos técnicos de enfermagem?

Exs.: cansaço que vem quando acaba o plantão, vai querendo dormir no caminho de casa, café que não faz mais efeito.

OBRIGADA!

