

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Flavia da Silva Miguelote

O agir do profissional de saúde potencializado pelo coletivo de trabalho

Rio de Janeiro

2017

Flavia da Silva Miguelote

O agir do profissional de saúde potencializado pelo coletivo de trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Santos Oliveira

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M636a Miguelote, Flavia da Silva.
O agir do profissional de saúde potencializado pelo coletivo de trabalho / Flavia da Silva Miguelote. -- 2017.
103 f. ; il. color.

Orientadora: Simone Santos Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Processo Saúde-Doença. 4. Pessoal de Saúde. 5. Poder de Agir. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

Flavia da Silva Miguelote

O agir do profissional de saúde potencializado pelo coletivo de trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em: 29 de maio de 2017.

Banca examinadora

Profa. Dra. Claudia Osório da Silva
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Marilene de Castilho Sá
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Simone Santos Oliveira (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2017

Aos profissionais de saúde que mobilizam sua subjetividade para o cuidado.

AGRADECIMENTOS

A Simone Oliveira, minha orientadora e motivadora, pela maestria da orientação que, coberta de afeto e respeito, permitiu ampliar o meu poder de agir na produção acadêmica.

À minha amada mãe, Vera, pelo amor incondicional, com incansável estímulo ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao meu amado pai pelo constante incentivo.

À minha adorável avó, Deolinda, no auge dos seus 95 anos, pela contínua demonstração de amor e carinho ao acompanhar e comemorar cada conquista alcançada.

Às minhas irmãs, Carla e Claudia, amigas, companheiras, cúmplices de toda a vida.

Ao meu namorado Ronaldo pelo amor e companheirismo no decorrer do processo.

À Ana Monteiro e Enói Farias pelo apoio à afirmação de minha subjetividade.

Aos colegas e amigos do mestrado pela convivência solidária e afetuosa e pelo enorme aprendizado diante da diversidade disciplinar.

A todos os professores e professoras do mestrado pelos ensinamentos, questionamentos e exigências que contribuíram para minha formação ao longo desses dois anos.

Às professoras Eliane Vianna, Cristina Guillan e Marilene Sá pelas contribuições na banca de qualificação.

Às Professoras Marilene Sá e Claudia Osório pela respeitosa participação na banca de defesa da dissertação contribuindo de maneira valiosa na conclusão da dissertação.

Aos funcionários e funcionárias da ENSP e do CESTEJ pelo valoroso suporte durante o curso.

À Bianca Ribeiro, psicóloga querida, companheira de trabalho por compactuar a inquietação e pela parceria no desenvolvimento das *conversas sobre a atividade*. A Amanda por abraçar a idéia conosco.

À minha querida equipe de trabalho da enfermaria de Pediatria do INTO pela valiosa experiência na troca de saberes. Em especial, à amiga Mariana Chagas pelas longas conversas, inúmeras discussões sempre me encorajando a seguir adiante.

À gestão do INTO pelo apoio a realização da pesquisa.

A todas as equipes que tive a oportunidade de trabalhar e que me instigaram a propor a discussão trazida nessa dissertação.

Aos meus amigos que me enriquecem diariamente.

Não há saber mais, nem saber menos, há saberes diferentes. (FREIRE, 1987, p.68)

RESUMO

Considerando a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos e o papel do trabalho como determinante da saúde, realizou-se um estudo qualitativo com profissionais de saúde da enfermaria de Pediatria do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, que conta com equipe multidisciplinar. Este estudo analisou as reuniões semanais, denominadas na pesquisa *conversas sobre a atividade*, que tiveram a intenção de potencializar a interação da equipe, partindo da complexidade da relação entre saúde e trabalho assumindo como categoria fundamental o processo de trabalho. Inspirou-se na concepção de saúde defendida por Canguilhem, que afirma a capacidade dos sujeitos de se reinventarem diante das infidelidades do meio. Baseou-se em conceitos trazidos pelo campo da Saúde do Trabalhador, criado sob a influência do Modelo Operário Italiano, que marca a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde. Trouxe a discussão sobre interdisciplinaridade e a importância da equipe no trabalho em saúde para que se reflita no cuidado integral. O objetivo geral foi analisar o agir dos profissionais de saúde, com enfoque na relação saúde-trabalho: conhecer a concepção dos profissionais de saúde sobre a relação saúde e trabalho; identificar os desafios do trabalho em equipe e sua influência no ato de cuidar; analisar o potencial das reuniões interdisciplinares na construção de coletivos de trabalho e no aumento do poder de agir dos profissionais. O percurso metodológico se inicia com a revisão bibliográfica acerca da interdisciplinaridade, parte para a sistematização dos dados produzidos nas *conversas sobre a atividade* e se complementa com a realização de entrevistas com profissionais da equipe. A análise dos resultados foi realizada a partir dos conceitos da perspectiva ergológica e da Clínica da Atividade. Foi possível inferir que houve a ampliação do poder de agir da equipe da enfermaria a partir da construção de um projeto interdisciplinar com um objetivo comum e, portanto, a potencialização do coletivo de trabalho.

Palavras-chave: Equipe interdisciplinar. Relação Saúde-Trabalho. Saúde do Trabalhador. Clínica da Atividade. Poder de agir.

ABSTRACT

Considering the centrality of work in the subjects' lives and the role of work as a determinant of health, a qualitative study was carried out with health professionals of the pediatric ward of the National Institute of Traumatology and Orthopedics, which has a multidisciplinary team. This study analyzed the weekly meetings, called in the research conversations about the activity, that had the intention to potentiate the interaction of the team, starting from the complexity of the relation between health and work, assuming as a fundamental category the work process. It was inspired by the conception of health advocated by Canguilhem, which affirms the ability of subjects to reinvent themselves in the face of the infidelities of the environment. It was based on concepts brought by the Occupational Health field, created under the influence of the Italian Worker Model, which marks the struggle of workers for better working and health conditions. It brought the discussion about interdisciplinarity and the importance of the team in the health work so that it is reflected in the integral care. The general objective was to analyze the actions of health professionals, with a focus on the health-work relation: to know the conception of the health professionals about the relation health and work; Identify the challenges of teamwork and their influence on caring; To analyze the potential of interdisciplinary meetings in the construction of work groups and in the increase of the professionals' power of action. The methodological course begins with a bibliographical review about interdisciplinarity, then makes the systematization of the data produced in the conversations about the activity and is complemented by interviews with professionals of the team. The analysis of the results was carried out from the concepts of the ergological perspective and the Activity Clinic. It was possible to infer that there was an expansion of the nursing team's power to act from the construction of an interdisciplinary project with a common goal and, therefore, the potential of the collective work.

Keywords: Interdisciplinary teamwork. Health-Work Relationship. Worker's Health. Clinic of Activity. Power to act.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Organograma do INTO	46
Figura 2	Cartaz de convite às <i>conversas sobre a atividade</i>	53
Quadro 1	Mapa de participação das <i>conversas sobre a atividade</i>	56
Quadro 2	Participação nas <i>conversas sobre a atividade</i> por encontro por categoria profissional	57

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ARFAT	Área de Faturamento
ARPED	Área da Pediatria
ARSAT	Área de Saúde do Trabalhador
ASGELE	Área de Assessoria para Gerenciar a Lista de Espera
ASPNH	Assessoria para Política Nacional de Humanização
CAE	Centro de Atendimento Especializado
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRST	Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CTIP	Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
COASS	Coordenação Assistencial
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho
DIMEA	Divisão Médico Assistencial
DISTA	Divisão de Serviços Técnicos Auxiliares
DITRAO	Divisão de Traumatologia e Ortopedia
DIVEN	Divisão de Enfermagem
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPI	Equipamento de Proteção Individual
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jammill Haddad
LER/DORT	Lesão por Esforço Repetitivo/ Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MOI	Movimento Operário Italiano
MS	Ministério da Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNH	Política Nacional de Humanização
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO	18
3	O TRABALHO A LUPA: O ENFOQUE DA ATIVIDADE	26
4	TRABALHAR NA SAÚDE: O EXERCÍCIO DO CUIDADO	32
5	CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO NO HOSPITAL	43
6	DESCREVENDO AS ETAPAS DA PESQUISA	49
7	DIÁLOGOS SOBRE A ATIVIDADE E A POTENCIALIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE	59
7.1	PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMARIA	59
7.2	CONVERSAS SOBRE A ATIVIDADE	64
7.3	DIALOGANDO COM OS PROFISSIONAIS	78
7.4	A POTÊNCIA DO COLETIVO	85
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

O valor da interdisciplinaridade na atenção e cuidado em saúde sempre esteve evidente em minha trajetória profissional. Formei-me médica em 2003, tornando-me especialista após quatro anos, dos quais dois na Residência Médica em Pediatria e dois na pós-graduação lato senso em Neurologia Infantil. Paralelamente atuava como médica pediatra e após o final dos cursos passei a trabalhar com ambas as especialidades em diferentes serviços públicos e particulares. Ao longo do percurso das formações e das vivências profissionais, trabalhei com profissionais de outras áreas disciplinares para a efetivação do cuidado e pude constatar a importância de trocar experiências e informações. Profissionalmente, a prática clínica mostrou-se cada vez mais insuficiente diante das dificuldades evidenciadas no cotidiano no que diz respeito às relações intersubjetivas vivenciadas. E, mesmo com a percepção de que não se configurava tarefa fácil, sempre incentivei as trocas interdisciplinares e me disponibilizei para realizá-las, buscando fazer frente à inquietação quanto aos limites da prática segmentada e fragmentada.

Assim sendo, em 2013, a fim de buscar maiores conhecimentos na área de saúde para além da medicina, ingressei na especialização em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. O curso se configura de maneira multidisciplinar com profissionais de diferentes profissões e níveis de formação que permitem colaborações para além do conhecimento individual. Deparei-me então com diferentes conceitos de saúde, aprofundi os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), compreendi com maior clareza a importância da atenção integral pautada no cuidado e na valorização de todos os fatores relacionados à vida dos sujeitos e, principalmente, pude constatar com maior intensidade a relevância da interdisciplinaridade no cuidado. Como resultado, realizei ao final do curso, como trabalho de conclusão de curso (TCC), uma pesquisa intitulada “Relações interprofissionais no trabalho em saúde: uma revisão bibliográfica”, na qual discuto os desafios e potencialidades das relações interprofissionais em saúde. No decorrer desse processo entrei em contato com a Saúde do Trabalhador.

Até aquele momento, meu entendimento sobre o tema se restringia à medicina do trabalho e às perícias médicas principalmente relacionadas às patologias mais divulgadas no meio médico como Burnout e LER/DORT. Assim, o reconhecimento do trabalho como determinante de saúde e a descoberta do campo da Saúde do Trabalhador

me estimularam a ampliar os horizontes sobre o tema, a partir da academia. Iniciei o mestrado na área de concentração Saúde, Trabalho e Ambiente, sendo introduzida efetivamente ao campo da Saúde do Trabalhador. Conseqüentemente, compreendi a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos, seu papel fundamental na produção de identidade e percebi o quão essencial é o trabalho na avaliação do processo saúde-doença. Portanto, ao apreender a importância desse reconhecimento para uma efetiva intervenção na promoção da saúde dos trabalhadores e na prevenção das doenças relacionadas ao trabalho, o meu investimento na área me pareceu inevitável.

Paralelamente ao mestrado, atuo profissionalmente como médica pediatra em dois diferentes níveis de atenção do SUS. No nível primário numa unidade básica de saúde (UBS) – UBS Engenhoca e no nível terciário, numa unidade hospitalar federal especializada em ortopedia e traumatologia - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO). Em ambos realizo atendimento a crianças e adolescentes com vistas ao cuidado integral, visando sempre à promoção da saúde e prevenção de doenças para além da identificação e tratamento de possíveis patologias. No INTO, por se tratar de hospital especializado em cirurgias e reabilitação, a grande maioria da assistência realizada é pré e pós-operatória, tanto ambulatorial como na enfermaria durante as internações. Nos dois há uma diversidade de profissionais envolvidos no cuidado se configurando em equipes multidisciplinares.

Sendo assim, em decorrência do somatório da prática profissional com os fundamentos adquiridos no decurso do mestrado, fui incentivada a colocar em prática a união de conhecimentos. No INTO, instituí, a partir de abril de 2016, junto à psicóloga responsável pelo atendimento da maior parte dos pacientes internados na enfermaria de pediatria, reuniões com os profissionais que atuam no serviço, as quais posteriormente denominamos *conversas sobre a atividade*.

Dessa forma, enquanto aluna do mestrado, acreditando no potencial do trabalho em equipe e na interdisciplinaridade para que o trabalho em saúde se reflita no cuidado integral, considerando a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos e o papel do trabalho como determinante de saúde, fui impelida a discutir a relação entre trabalho e saúde com os profissionais que atuam na equipe de saúde da enfermaria de Pediatria do INTO, fazendo uma análise da atividade de trabalho.

Essa pesquisa foi inspirada na concepção de saúde de Canguilhem (2006), que afirma a capacidade dos sujeitos de se reinventarem diante das infidelidades do meio, de criarem novas normas. Dessa forma, a saúde é entendida como um conceito dinâmico, que se recria de acordo com as situações que se apresentam. Ao pensar a relação trabalho-saúde a partir do autor, entende-se que a adaptação e a capacidade de lidar com as variabilidades do meio de trabalho são definitivas na produção ou prevenção de sofrimento e/ou adoecimento, uma vez que o trabalhador modifica o meio em torno de suas próprias normas. A complexidade da relação trabalho-saúde exige a compreensão do processo de trabalho, categoria fundamental para pensar essa relação, e das dinâmicas envolvidas na atividade, o que também compreende a mobilização da subjetividade dos trabalhadores (BRITO, 2004).

Aproximamo-nos das metodologias de análise do trabalho que se inspiraram no Modelo Operário Italiano (MOI), que teve em Ivar Oddone um dos principais nomes. Em defesa das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores, na Itália dos anos 60, propôs-se a participação dos trabalhadores na compreensão do seu trabalho e dos riscos aos quais se expunham. No Brasil, no início dos anos 80, baseando-se no MOI, o campo da Saúde do Trabalhador se estrutura no âmbito da Saúde Coletiva e questiona o modelo de saúde-doença vigente. Iniciam-se estudos e intervenções sobre os processos de trabalho com incorporação dos trabalhadores e a valorização da experiência nas ações de vigilância de modo a compreender para transformar (BRITO, 2004; MUNIZ et al, 2013).

Nessa direção, para apreensão da relação trabalho-saúde, lançamos mão de abordagens que valorizam a experiência e afirmam a potência do trabalho para a saúde. Essas abordagens de análise e intervenção das situações de trabalho se inserem no que se convencionou chamar de Clínicas do Trabalho, que, apesar das especificidades epistemológicas e metodológicas entre elas, têm diversos pontos de convergência. Principalmente, a compreensão da atividade realizada pelos trabalhadores para darem conta da distância entre o prescrito e o real. Concepção esta oriunda da Ergonomia da Atividade, que visa a transformação das condições de trabalho. No caso deste estudo elegemos a perspectiva ergológica e a Clínica da Atividade, que a partir do uso de variadas ferramentas estimulam a reflexão sobre a atividade, tendo em vista afirmar o protagonismo dos trabalhadores e a produção da saúde. Portanto, trata-se de um movimento para diminuição do sofrimento no trabalho bem como do adoecimento, a

partir da “apropriação de estratégias bem-sucedidas e criativas de enfrentamento do real do trabalho” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p.6).

A Clínica da atividade “tem como objetivo trazer o trabalhador para o lugar de co-analista de sua atividade profissional, propiciando a visibilidade de recursos criados pelo próprio trabalhador para tornar o trabalho mais prazeroso e eficiente” (ALVES; OSORIO DA SILVA, 2014, p. 62). Defende a concepção de que a relação entre trabalho e subjetividade funciona na atividade de trabalho como motivação para reinventar diferentes modos de fazer (OSORIO DA SILVA, 2007). “A análise da atividade se constitui em um diálogo que se estabelece entre o trabalhador e seu trabalho, com os outros trabalhadores, com o pesquisador” (ALVES; OSORIO DA SILVA, 2014, p. 64), possibilitando, assim, ampliar o poder de recriar, o poder de agir do trabalhador (CLOT, 2010).

A perspectiva ergológica, desenvolvida por Schwartz (2005) amplia o conceito de trabalho prescrito, sugerindo a noção de *normas antecedentes*. Essa perspectiva busca articular os debates do sujeito com todos os tipos de normas apreendidas ao longo do tempo, ou seja, as anteriores aos sujeitos, mas também a história destes sujeitos, anterior a estas normas, possibilitando negociações e a reconfiguração do meio. Este conjunto de história pode antecipar somente em parte o que vai ser produzido na atividade, pois nenhuma atividade é mera execução, ou mera repetição de sequências de operações previstas por outros e antecipadas. Essa ação normativa do trabalhador sobre seu meio de trabalho, mesmo quando é quase imperceptível, permite a realização de determinada tarefa, considerando que o real do trabalho sempre coloca situações novas, singulares e não previstas pelas normas antecedentes (RAMMINGER; BRITO, 2008). Em contrapartida, esse processo, também denominado *renormatização*, é sempre parcial, uma vez que nem todas as normas podem ser transgredidas ou transformadas pelo trabalhador ou seu coletivo de trabalho (SCHWARTZ, 2006).

Com base nessas referências, o objetivo geral do estudo foi analisar o agir dos profissionais de saúde, com enfoque na relação saúde-trabalho, na perspectiva da atenção integral à saúde. E os objetivos específicos foram: 1) conhecer a concepção dos profissionais de saúde sobre a relação saúde e trabalho; 2) identificar os desafios do trabalho em equipe e sua influência no ato de cuidar; 3) analisar o potencial das reuniões interdisciplinares na construção de coletivos de trabalho e no aumento do poder de agir dos profissionais.

Esta dissertação encontra-se dividida em nove capítulos. Inicia-se por esta introdução, que informa em linhas gerais o que será discutido. Seguem-se três capítulos que apresentam os referenciais teóricos adotados. O segundo traz o conceito de saúde apreendido de Canguilhem, a discussão sobre a relação saúde e trabalho e um breve histórico da construção da Saúde do Trabalhador no Brasil. O terceiro discute o conceito de atividade, apresenta a perspectiva ergológica e as técnicas da atividade como estratégias para a análise do trabalho. O quarto aborda o trabalho em saúde pautado no cuidado, a interdisciplinaridade e os desafios do trabalho em equipe. Em seguida, o quinto capítulo aborda a pesquisa de campo, contextualizando o processo de trabalho no hospital onde se desenvolveu o estudo e descrevendo o local com sua estrutura física e hierárquica, assim como a composição da equipe da enfermagem estudada e seu processo de trabalho. O sexto capítulo expõe a metodologia utilizada, demonstrando o passo a passo do processo, a sua concepção, a revisão bibliográfica e as etapas do campo, descrevendo as escolhas feitas a cada momento. A seguir, no sétimo capítulo são mostrados os resultados da pesquisa de maneira detalhada, dividida em quatro subitens. O primeiro, intitulado “O contexto e o processo de trabalho na enfermagem”, descreve o processo de trabalho na enfermagem, a composição da equipe, a estrutura física e o funcionamento do setor segundo a percepção durante a observação. No segundo, chamado “Conversas sobre a atividade”, são narrados casos e situações vividas durante as conversas sobre a atividade, as questões levantadas e as discussões. Logo após, no terceiro subitem, “Dialogando com os profissionais”, são relatadas as entrevistas realizadas com algumas profissionais e as impressões a partir do referencial teórico. O quarto e último item, “A potência do coletivo”, aprofunda a discussão. Seguem-se as considerações finais acerca da pesquisa e as referências bibliográficas utilizadas.

2 RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO

O trabalho é reconhecido como construtor de identidade e estruturante na vida dos indivíduos, assim como determinante no processo saúde-doença. “O trabalho é, também, um fator essencial de nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento. Talvez não importe qual trabalho; talvez não importe em que condições” (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993, p. 99). São as diversas formas de se relacionar com o trabalho que irão definir a influência na saúde de cada sujeito. E, para entender a complexidade das relações entre saúde e trabalho, é importante assimilar o significado de saúde.

Dentre as múltiplas definições de saúde, a mais conhecida é a disseminada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma que: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste, somente, em uma ausência de doença ou enfermidade”. Porém, tal explicação não responde a multiplicidade do termo, uma vez que é improvável atingir tal estado de completo bem-estar. A carta de Ottawa, documento apresentado como carta de intenções após a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá, em 1986, traz a seguinte afirmação: “A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (OMS, 1996, p. 367).

Canguilhem (2006, p.148) caracteriza a saúde como “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas”. Portanto o autor propõe a definição de saúde como uma capacidade de enfrentar novas situações de acordo com a tolerância individual para dar conta das infidelidades do meio. Há de se considerar e se integrar as variações e desvios e, portanto, incluir a capacidade de adoecer e de se recuperar (CAPONI, 1997; CANGUILHEM, 2006).

A partir do conceito de saúde de Canguilhem, pensamos a relação saúde e trabalho como a capacidade de se readaptar e recriar diante das infidelidades do meio de trabalho, compreendendo que a incapacidade de tais ações poderá acarretar a produção de adoecimentos (CAPONI, 1997; CANGUILHEM 2006). Há que se mudar a atenção para a saúde e não mais para a doença, ou seja, pensar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho (VASCONCELLOS; GAZE, 2013).

Considera-se que para dar conta da relação saúde-trabalho é necessário compreender o processo de trabalho como categoria fundamental (BRITO, 2004).

Logo, diante da inevitável relação entre saúde e trabalho, é importante a identificação dos fatores potencialmente adoeceadores envolvidos nos processos de trabalho, para que se intervenha na saúde dos trabalhadores. Cada tipo de trabalho pode provocar doenças específicas de cada atividade, sendo evidente a associação de determinadas enfermidades com ofícios particulares. Alguns exemplos clássicos são atividades que exigem movimentos repetitivos que induzem ao erro e podem se tornar exaustivos, gerando danos aos diferentes órgãos participantes da ação. Entretanto, como chamam a atenção Osório da Silva e Ramminger (2014, p.4751), “podemos pensar no trabalho como operador de saúde quando há lugar para a criação coletiva e pessoal, bem como para o reconhecimento do trabalhador em sua atividade”. Logo, o trabalho também pode ser produtor de saúde.

Apesar de a relação entre trabalho e saúde ter sido identificada desde a antiguidade, na prática não se problematizava a questão:

no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho. [...] O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, pertencentes da terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre [...] (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.22).

No século XVII Bernardino Ramazzini levantou a importância de se relacionar a ocupação com saúde e doença. Sendo o primeiro a sistematizar as doenças do trabalho, foi posteriormente reconhecido como o pai da Medicina do Trabalho (MENDES, 2000; VASCONCELLOS; GAZE, 2013). Existem evidências de que a história da epidemiologia e o reconhecimento das relações causais entre trabalho e saúde têm íntima relação (MENDES; FILHO, 2012).

Porém é no século XVIII, durante a Revolução Industrial, que se exacerba a preocupação com a relação trabalho e saúde. A sobrecarga desumana de trabalho que ameaçava a produção fez com que os proprietários se mobilizassem para cuidar da saúde de seus trabalhadores para que não adoecessem. É então que a preocupação com a saúde dos trabalhadores se inicia efetivamente, com a figura do médico no interior das fábricas. De modo que ao adequar o trabalhador às atividades, melhoravam o desempenho e mantinham a produção. Configurando-se assim a Medicina do Trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Tal modelo se dissemina por vários países da Europa, mas se torna incapaz de responder aos acidentes e doenças do trabalho, obrigando a procura de novas alternativas para enfrentar essa realidade. Amplia-se a ação médica, por meio da intervenção ao ambiente, através de uma equipe multidisciplinar que tem como estratégia conter os riscos nos locais de trabalho. Surge então a Saúde Ocupacional. No entanto, há uma mudança nos processos de trabalho decorrente das transformações tecnológicas e uma demanda por participação efetiva dos trabalhadores nas questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho. Mundialmente os movimentos sociais que se seguem têm como foco o processo saúde e doença e suas relações com trabalho (MENDES; DIAS, 1991). “A maneira como o trabalho interfere na vida e na saúde das pessoas é uma das grandes questões deste século” (MAENO; CARMO, 2005, p. 23).

No Brasil, se desenvolve o campo da Saúde do Trabalhador (ST) paralelamente ao processo de redemocratização do país em meados dos anos 80, sendo-incluído na agenda da reforma sanitária (DIAS; HOEFEL, 2005). Resulta de um “patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.25). Ocorre uma ampliação dos conhecimentos quanto ao processo saúde-doença incluindo as relações com o trabalho e se contrapondo ao modelo hegemônico de saúde-doença.

O processo de construção do campo da Saúde do Trabalhador envolveu pesquisadores técnicos, profissionais de serviços e trabalhadores, objetivando a melhoria da saúde da população trabalhadora.

Em síntese, por saúde do trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.25).

Influenciado pelo Movimento Operário Italiano (MOI), que marca a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde, o campo da Saúde do Trabalhador no país foi inspirado a produzir conhecimentos assim como estimulado a desenvolver ações em ST. “O modelo italiano, grosso modo, preconizava a participação dos trabalhadores na geração do conhecimento e no controle dos riscos aos quais estavam expostos no trabalho, ao mesmo tempo em que contemplava a atenção a saúde

dos trabalhadores” (MAENO; CARMO, 2005, p 64). Ocorre uma mudança na compreensão da relação entre a saúde e o trabalho.

Ao final dos anos 70 o movimento se delineia assumindo enquanto eixos: “a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral a saúde” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 819). Propõe fundamentalmente que se pesquise o processo de saúde-doença dos trabalhadores de modo que os próprios protagonizem tanto o movimento de aquisição de conhecimentos como as transformações sobre o trabalho (SOUZA; MENDONÇA, 2013).

Inicialmente a ST conta com a contribuição da rede pública de saúde com ações de assistência e de vigilância em saúde dos trabalhadores, partindo de programas desenvolvidos por sindicatos e hospitais universitários em algumas regiões. Há investimentos em busca das doenças relacionadas ao trabalho, estímulo a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações relacionadas à sua saúde assim como o reconhecimento por parte da sociedade dos problemas relacionados ao trabalho. Logo ocorre a disseminação por todo o país de movimentos pela melhoria das condições de trabalho de maneira digna e saudável (DIAS; HOEFEL, 2005). Na década de 80, formam-se comissões sindicais sobre saúde, programas municipais e regionais de ST e ocorre a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e a publicação de materiais gráficos como livros e revistas, entre outros (MUNIZ et al, 2013).

A Saúde do Trabalhador ganha força durante o desenvolvimento da reforma sanitária no Brasil, momento em que ocorre grande mobilização da sociedade para que se efetive a reforma do sistema de saúde nacional. Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tem como foco “o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor”, acaba por aprovar o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e integração da medicina previdenciária à saúde pública de maneira que se constituísse um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). No mesmo ano ocorre a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) representando um marco no campo.

Após dois anos, a Constituição Federal de 1988 reafirma a Saúde do Trabalhador assumindo questões relacionadas ao trabalho e emprego como determinantes de saúde e delega ao SUS a coordenação de suas ações. Mas é com a Lei orgânica de saúde (LOS),

lei 8080 de 1990, que ocorre a consolidação do campo da Saúde do Trabalhador ao regulamentar o SUS que tem dentre as suas atribuições a atenção integral a saúde do trabalhador. (NOBRE, 2011; DIAS; HOEFEL, 2005).

O direito a saúde dos trabalhadores, até aquele momento, estava diretamente relacionado à ao vínculo formal de emprego e a cargo dos ministérios da previdência e do trabalho. Com o SUS, há o reconhecimento do setor a saúde enquanto estruturante da seguridade social, junto à previdência social e a assistência social e o ministério da saúde (MS) assume a difícil tarefa de assumir a atenção integral a saúde dos trabalhadores. Ao longo dos anos 90 houve avanços no campo com investimento na criação de uma cultura em Saúde do Trabalhador. (DIAS; HOEFEL, 2005). Em 1991, com o objetivo de garantir o cumprimento dos artigos previstos na Lei Orgânica de Saúde pelo MS ocorre o lançamento de um documento intitulado “Saúde do Trabalhador – Diretrizes de ação para o SUS” (NOBRE, 2011).

O MS através de sua área técnica de Saúde do Trabalhador investiu em capacitação nas áreas de vigilância e atenção primária a saúde, na realização de protocolos, normas e diretrizes e no desenvolvimento de indicadores de saúde dos trabalhadores para os sistemas de informação (DIAS; HOEFEL, 2005). Entretanto muitos projetos não saíram do papel uma vez que não havia a incorporação da área de ST pelo MS (NOBRE, 2011). Havia dificuldades em integrar as ações de assistência com as de vigilância em Saúde do Trabalhador devido à fragmentação das estruturas que compunham o SUS. Com o intuito de ampliar as ações o MS lança em 1991 o primeiro plano de trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS no qual estabelece os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRST) nos estados e municípios (DIAS; HOEFEL, 2005).

No mesmo período aconteciam transformações nas organizações e contratos de trabalho com uma reestruturação produtiva que provocou modificações no perfil dos trabalhadores e conseqüentemente das doenças relacionadas ao trabalho. Ocorre um crescimento no número de trabalhadores no setor informal, com vínculos precários e desempregados, com mudanças nas demandas trazidas pelos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005). Assim como um aumento dos trabalhadores dos setores de serviços em detrimento dos trabalhadores fabris. Observava-se, portanto uma desconexão dos CRST com os programas de saúde e o SUS (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Em 1992, na IX CNS, há recomendação de que coloque em prática as questões relacionadas à saúde do trabalhador com efetivação da municipalização e implantação

de ações de vigilância nos ambientes e locais de trabalho, reforçando que se encontram a cargo do SUS, logo do MS. Havia ainda conflitos entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social assim como com a secretaria de administração federal. Como estratégia foi criado em 1993 a comissão interministerial de saúde do trabalhador de maneira a definir as atribuições de cada um, através da divisão em grupos de trabalho (NOBRE, 2011).

Ainda na década de 90, com o tema “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, ocorre em 1994, a 2a. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual mais uma vez corrobora a responsabilidade do SUS na realização das ações de saúde do trabalhador de maneira integrada. Nos anos seguintes aconteceram paralelamente ações isoladas regionais (NOBRE, 2011). Em 1997 é criado o comitê técnico e científico de saúde do trabalhador para delinear uma política em saúde do trabalhador:

Deste documento constavam: o diagnóstico básico da saúde do trabalhador no país (introdução); o propósito da PNST; as diretrizes para a política; as responsabilidades institucionais (pactuação intra-setorial do SUS, responsabilidades do gestor federal, das secretarias estaduais e municipais; pactuação inter-setorial); financiamento; acompanhamento e avaliação; glossário e bibliografia. (NOBRE, 2011, p.47).

Seguiram-se outras portarias e decisões de interesse para a ST. Destacando-se a que aprovou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) que orienta e dá instrumentos para os serviços de saúde e as ações em ST e a que valida a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador a qual relaciona saúde com os ambientes e processos de trabalho. Houve investimentos nos sistemas de informação. Ao mesmo tempo havia um movimento para criação de uma rede que articulasse as ações de vigilância com os CRST, atenção básica estimulando a descentralização das ações em ST (NOBRE, 2011).

Em 2002, com o intuito de articular as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores no SUS e garantir a atenção integral independente do seu vínculo ou inserção no mercado de trabalho há a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) (MS, 2002; DIAS; HOEFEL, 2005). Através de duas portarias ocorre a instituição da RENST, assim como a habilitação, normalização e o cadastramento de CRSTs em vários estados e regiões do país (NOBRE, 2011). Acreditava-se que a existência de uma rede facilitaria a integração das

ações em saúde do trabalhador no SUS aumentando sua efetividade. A RENAST propicia o debate qualificado no campo abrindo caminho a institucionalização (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

A partir de 2003 houve a retomada por projetos, dentre os quais a elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Em 2005 foi criada uma minuta, firmada pelos ministros da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego, que propunha a promoção da saúde de maneira integrada e continuada com ações estatais “no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde”. Entretanto a proposta ficou arquivada até 2009 (NOBRE, 2011, p.59).

Mas é em 2012 que finalmente se institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Com o objetivo de regulamentar as ações em saúde do trabalhador fortalecendo a vigilância em Saúde do Trabalhador e a promoção da saúde com ambientes e processos de trabalho saudáveis. A Política estabelece enquanto princípios e diretrizes: universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e precaução. Deixa a atenção primária em destaque ao propor que assuma a RENAST reforçando o plano internacional de reestruturação da Atenção Primária à Saúde (DIAS; SILVA, 2013). Determina que a Saúde do Trabalhador no SUS deva se organizar a partir da integralidade das ações incluindo todas as instâncias do Sistema.

Entretanto, a criação da PNSTT não significou mudanças tão evidentes nas práticas em Saúde do Trabalhador. O reconhecimento da relação saúde e trabalho não é realidade na prática dos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção do SUS. Estudos recentes nas unidades de atenção primária demonstram dificuldade dos profissionais de saúde em olhar o indivíduo enquanto trabalhador e falta de identificação da relação entre o agravo e o trabalho. Sugerem que existam problemas na formação dos profissionais de saúde, sobretudo médicos e enfermeiros, que geralmente não contempla o olhar para o trabalhador. Fica evidente a necessidade de ampliação das ações de vigilância. (DIAS; SILVA, 2013)

Logo, apesar da ST ter se iniciado a partir das idéias do movimento operário italiano (MOI) que propôs métodos e conceitos que valorizavam a experiência e o trabalho concreto na análise do trabalho, unindo especialistas ao trabalhador de modo que este último assumisse o protagonismo do processo, as ações restringem-se a poucos grupos. “Podemos afirmar que existe uma tradição advinda do MOI que conjuga

formação humana e processos coletivos de mudança no trabalho como par indissociável” (SOUZA; MENDONÇA, 2013, p.5).

Portanto, o MOI “enquanto instrumento de análise e interpretação da realidade concreta do mundo do trabalho, representa evidente contribuição ao estudo das relações entre saúde e trabalho” (KUCHENBECKER, 1992 p.48). Há valorização da experiência do trabalhador e estímulo a sua participação no processo de transformação de sua atividade a partir da compreensão do processo de trabalho. Dessa forma, serviu de inspiração para as clínicas do trabalho, que se propõem a fazer a análise das atividades de trabalho unindo a teoria e a prática, investindo na experiência a colocando o trabalhador como protagonista do processo de trabalho.

3 O TRABALHO A LUPA: O ENFOQUE DA ATIVIDADE

Trabalhar abrange, a todo o momento, o gerenciamento das situações que se apresentam. E, embora o homem necessite de normas para exercer o trabalho, assim como os manuais, os regulamentos institucionais, as prescrições, entre outros, há singularidade na interpretação das mesmas de maneira que o sujeito se reconheça. Logo, o trabalho é sempre singular e se dá em situação real. “Na situação real do trabalho, os trabalhadores se mobilizam e, para darem conta da tarefa, ao mesmo tempo em que lutam pela sua saúde, (re)criam estratégias e táticas em um movimento permanente de renormatização” (BRITO et al, 2011).

A atividade de trabalho envolve prescrições, realidade e conflitos do real, variabilidades e estratégias dos trabalhadores diante de seu protagonismo (TEIXEIRA; BARROS, 2009; BRITO, 2011). Pode ser entendida como “uma noção que deve ser associada à dinâmica da própria vida” (TELLES; ALVAREZ, 2004, 72). O conceito de atividade é oriundo da ergonomia de língua francesa e se aprofunda com a perspectiva ergológica de modo que é necessário considerar as singularidades e subjetividades presentes para dar conta da distância entre o trabalho prescrito e o real. “Por oposição ao que deveria ser ou poderia ser (por exemplo, o que é prescrito ou antecipado no trabalho), o real é o que resiste ao esforço que desenvolvemos para o transformar e/ou para o conhecer” (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p.27).

A ergonomia entende trabalho prescrito como a soma dos componentes relacionados às condições técnicas e ambientais e as prescrições normativas (TELLES; ALVAREZ, 2004). A ergologia amplia a noção de trabalho prescrito ao defender que existem *normas antecedentes*, ou seja, para além da composição admitida pela ergonomia outros elementos fazem parte do que antecipa a atividade. Dessa maneira, as normas antecedentes ao anteciparem e pré definirem a atividade, mesmo que causem constrangimentos possibilitam que sejam realizadas atividades renormatizadas (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008; BRITO et al, 2011). Ou seja, ao associarem-se as normas antecedentes aos objetivos do trabalho ocorrem as inevitáveis ressingularizações.

A perspectiva ergológica, desenvolvida por Schwartz (2005) entende atividade como um debate de normas e valores, aquilo que é feito durante o processo de trabalho para realizar a tarefa prescrita (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).). “A atividade é um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que

se representa separadamente” (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p.23). Segundo Clot (2010), atividade envolve ainda o que o sujeito mobiliza para realizá-la, o que é feito sem querer fazer assim como o que se decide não fazer (ALVES; OSORIO DA SILVA, 2014).

Isto é, as atividades são simultaneamente perpassadas e produtoras da história. Existem as normas, os saberes e toda história passada, as normas antecedentes, que são utilizados na atividade, porém não são determinantes do que vai se passar na atividade de trabalho propriamente. Haverá sempre a ação normativa do trabalhador sobre seu meio, mesmo que invisível, que permitirá a efetivação da tarefa. Ao lidar com as situações não previstas pelas normas antecedentes, os trabalhadores recorrem às chamadas ressingularizações ou renormatizações já que nenhuma atividade acontece simplesmente em obediência ou repetição de operações previstas (RAMMINGER; BRITO, 2008). Entretanto, as renormatizações serão sempre parciais, pois existem normas que não permitem transgressões por parte do trabalhador ou seu coletivo de trabalho (SCHWARTZ, 2003).

A análise da atividade permite compreender as dinâmicas existentes nos processos de trabalho, considerando que são imprevisíveis e mutáveis propiciando a busca por transformações (OLIVEIRA; ALVAREZ; BRITO, 2013). Analisar o trabalho exige que se leve em consideração as especificidades de cada atividade, suas normas e variabilidades, a experiência dos trabalhadores, assim como requer a troca de várias disciplinas e reavaliações contínuas dos saberes. A ergologia enquanto perspectiva baseia-se na atividade humana para reflexão e análise das situações de trabalho de modo a conhecê-la e assim intervir propiciando sua transformação. Trata-se de “um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las.” (SCHWARTZ, 2003, p.37).

Ao conjunto de teorias que focam na análise da atividade, em grande parte na relação entre subjetividade e trabalho, valorizando a experiência e afirmando o trabalho enquanto potencia para a saúde, chamam-se, por convenção, clínicas do trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Assemelham-se ao motivarem o conhecimento dos processos de trabalho incentivando transformações e dialogarem entre si, de modo que sejam capazes de lidar com a distância entre o prescrito e o real. Entretanto, apresentam particularidades teóricas, epistemológicas e metodológicas. Recorrem a uma diversidade de abordagens propondo o encontro dialógico entre trabalhadores entre si, trabalhadores e seu trabalho e destes com o pesquisador (ALVES; OSORIO, 2014). Utilizam pesquisa

e intervenção destacando a realidade do trabalhado incorporando experiências subjetivas e objetivas de modo a estimular a reflexão sobre sua atividade. Para tal faz-se uso de estratégias que propiciem a reflexão interferindo na produção de sofrimento e/ou adoecimento no trabalho e estimulando a criatividade no confronto com o real da atividade.

A Clínica da Atividade relaciona atividade com subjetividade considerando a subjetividade como “uma atividade sobre a atividade” (ALVES; OSORIO, 2014, p. 64). E desse modo a relação entre trabalho e subjetividade “é centrada na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver” (OSORIO DA SILVA, 2014, p. 83). A metodologia tem enquanto propósito fazer com que o trabalhador atue como co-analista de sua atividade profissional de modo que visualize os mecanismos utilizados por ele próprio para transformar o trabalho em algo ao mesmo tempo prazeroso e eficiente. Propõe que a análise da atividade aconteça propiciando novas formas de agir nas situações de trabalho, aumentando o poder de agir e afirmando o potencial criativo inerente a vida (CLOT, 2006; TEIXEIRA; BARROS, 2009; SOUTO; LIMA; OSORIO, 2015).

“O poder de agir é heterogêneo. Pode-se dizer que aumenta ou diminui em função da alternância funcional entre o sentido e a eficiência da ação em que se opera o dinamismo da atividade, ou seja, sua eficácia” (CLOT, 2010, p. 15). Assim sendo, a clínica da atividade pretende “potencializar estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com a variabilidade das situações de trabalho” (TEIXEIRA; BARROS, 2009, p.81). Traz o conceito de “poder de agir” para atestar a capacidade criativa da vida. Ao invés de lutar contra o sofrimento, se aposta na própria atividade como motivação para reinventar os modos de viver e interagir concentrando-se na movimentação do trabalhador nessa direção. Reforça a idéia de que a relação entre trabalho e subjetividade tem a capacidade de provocar a recriação de sua atividade (OSORIO DA SILVA, 2007).

Portanto é necessário que o trabalhador veja sentido no trabalho para haver a efetivação da atividade de maneira potente, para que seja possível reinventar aumentando o poder de agir. Considera-se como sentido a correlação entre relevância da ação realizada e as demais possibilidades de ação. Sendo assim quando a atividade perde o sentido, ou seja, quando a realização da tarefa se dá de maneira contrariada ou impedida, é possível a ocorrência da de amputação do poder de agir (CLOT, 2010).

Dessa forma, seus “objetivos teóricos se centram no estudo do desenvolvimento dos meios para a ação que indicam a ocorrência da ampliação desejada” (SOUTO; LIMA; OSORIO, 2015, p. 13). A sustentação da pesquisa e intervenção se constrói e reconstrói no decorrer do processo de modo que “nesse movimento é impossível distinguir pesquisa de intervenção: uma mesma ação do clínico pode gerar o desenvolvimento de um conceito e um efeito (desejado ou não) no campo” (OSORIO DA SILVA, 2014, p. 81).

Considerando a equivalência entre “atividade” e “saúde” defendida por Clot (2010) e, uma vez que o conceito de saúde aceito pela Clínica da Atividade é o defendido por Canguilhem, podemos considerar que a saúde encontra-se ameaçada. “Longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo (...)” (CLOT, 2010, p.111). Na atualidade, o mundo do trabalho exige cada vez mais recursos individuais para preservar a saúde, ou seja, há uso da subjetividade na realização da atividade, tanto naquilo que é feito como no que ainda não foi feito. Portanto, “é assim que se desenvolve a produção subjetiva da experiência, através da atividade, que é sinônimo de saúde” (ALVES; OSORIO DA SILVA, 2014, p. 64). Logo, a concepção de que o trabalho pode ser fonte de saúde, reforça a importância de se olhar para trabalho incentivando as transformações nas suas condições de modo que este seja tanto artifício para o aperfeiçoamento individual e das equipes quanto produto (OSORIO DA SILVA, 2014).

Osório da Silva (2007) reforça que a luta pela saúde deve se basear na transformação dos processos de trabalho com eliminação de riscos e superação das precariedades e que a participação dos trabalhadores é fundamental para o reconhecimento das demandas e da experiência. Segundo a autora, a clínica da atividade assume a “concepção de homem como um ser em movimento, capaz de imprimir algo de singular naquilo de que participa e no qual também se produz, capaz de intervir em sua própria história” (OSÓRIO DA SILVA, 2007, p. 4). Defende ainda o trabalho como processo coletivo e singular, de criação e recriação e a atividade de trabalho como produtora de coisas, serviços e subjetividades.

A Clínica da Atividade tem como finalidade estimular novas subjetividades, aproximando o pensamento da ação, de modo que “pensar diferentemente já é agir de modo inovador” (OSÓRIO DA SILVA, 2007, p. 6). Desse modo o poder de recriar no meio de trabalho se amplifica, à medida que ocorre a elaboração de “recursos para a ação”, pelo coletivo, seguida de sua apropriação pelo trabalhador. Propõe métodos que

intencionam fortificar a atividade dos trabalhadores além de provocar a compreensão quanto ao processo.

Logo, consideremos a tripla determinação da atividade de trabalho: pelo próprio sujeito, para o objeto propriamente dito assim como para a atividade dos demais sujeitos. Assim existe a intercessão de um gênero profissional, considerado como algo comum a todos, impessoal e que define de maneira generalizada a memória coletiva da profissão que se configura numa referência. “Assim, a atividade deve ser entendida como uma ação sempre em processo, uma mescla indissociável de singular e coletivo” (TEIXEIRA; BARROS, 2009, p. 86). E a análise da atividade deve proteger os coletivos no sentido de reforçar seu poder de agir permitindo a ampliação do raio de ação no seu meio de trabalho. Somente dessa forma será possível que as transformações se efetivem. Para que se configure um coletivo de trabalho, “tem de haver uma história comum de reorganização do trabalho coletivo por um coletivo de trabalho: a história aberta de uma estilização genérica indispensável para conservar, diante do real, uma capacidade de agir conjuntamente” (CLOT, 2010, p. 167).

Uma vez que a “atividade é escolha, dúvida, afeto, conflito” e “tudo o que foi pensado, dialogado consigo mesmo a respeito do realizado, e do não realizado” (ALVES; OSORIO DA SILVA, 2014, p. 64), inclui o real da atividade, não sendo passível de observação direta. “O conceito do real da atividade, fica ressaltado que as escolhas, as decisões a serem tomadas, o modo como estas são tomadas, as dúvidas, as alegrias e insatisfações são parte do processo que é a atividade” (OSORIO DA SILVA, 2014, p. 83). Assim sendo, a análise da atividade se dá a partir de métodos indiretos, que podem ser diversos e, com frequência, refeitos durante o percurso da análise. Propõe-se, portanto, a utilização de “marcas do trabalho, que podem ser falas e/ou imagens registradas em áudio, vídeo, fotografias ou outros modos de registro que vierem a ser propostos” (SOUTO; LIMA; OSORIO DA SILVA, 2015, p.13).

É importante frisar que para haver coerência com a proposta teórica da Clínica da Atividade, se faz essencial que a análise da atividade aconteça como co-análise entre o analista e o trabalhador, que deve se colocar no lugar de observador de seu próprio trabalho. Sugere-se ainda que seja feita em etapas de modo a ampliar o diálogo interior. (OSORIO DA SILVA, 2014).

Alguns exemplos de experiências realizadas com os trabalhadores da saúde se mostraram enriquecedores e potencializadoras. Sendo o trabalho em saúde, caracteristicamente relacional implica cuidado e solidariedade. Para Sá et al (2008, p.

1335), “trata-se de um trabalho essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte”. É permeado por questões materiais e imateriais, sentimentos e instrumentos, intelecto e trabalho braçal (ROCHA, 2013) além de ser atravessado por muitas incertezas e inconstâncias. Desse modo os profissionais da área da saúde precisam atuar de maneira reflexiva utilizando seu conhecimento técnico individualizado associado à experiência pessoal fazendo escolhas a todo tempo (PEDUZZI, 1998; SCHRAIBER; PEDUZZI, 1993).

“O trabalhador da saúde, ao mesmo tempo em que, no seu cotidiano, produz e se reproduz como força de trabalho e produz saúde a partir da atenção à saúde de outras pessoas, habita um espaço relacional e pluridimensional” (HENNINGTON, 2008, p.559). A autora lembra ainda que devido às características inerentes ao trabalho em saúde ao mesmo tempo em que é capaz de estimular a emancipação e a produção de sentido pode provocar sofrimento e desgaste. Portanto a análise do trabalho em saúde se faz importante para que os profissionais se dêem conta de suas atividades e, protagonizando seus processos de trabalho, possam exercer o ato de cuidar em sua plenitude.

4 TRABALHAR NA SAÚDE: O EXERCÍCIO DO CUIDADO

Atenção e cuidado são pressupostos do trabalho em saúde. E a atenção à saúde está muito além da cura e precisa incorporar a integralidade do cuidado, levando em consideração as diferentes necessidades dos usuários e seus contextos (MERHY; CECÍLIO, 2002). Os profissionais de saúde ao interagirem com o usuário na situação de trabalho avaliam e interpretam cada demanda e, a partir dos conhecimentos técnicos inerentes a cada categoria, definem a indicação terapêutica. “O trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (a saúde) que é imprescindível ao conjunto da sociedade” (PEDUZZI, 1998, p.42).

Como afirmam Pires et al (2004) o trabalho em saúde envolve diversas atividades e múltiplos profissionais com relações de trabalho que hierarquizam os saberes. Há uma “rede complexa, móvel, mutante” onde ocorrem “disputas, acordos e composições, coalizões, afetos” (CECÍLIO, 2009 p. 547) na qual os profissionais não médicos atuam complementando a racionalidade clínica de acordo com necessidades apresentadas pelo modelo tecnológico vigente, o que pode sugerir conotação assessoria ou desnecessária apesar de configurarem trabalhos essenciais ao cuidado (PEDUZZI, 1998).

A racionalidade biomédica, o modelo biomédico é a referência de organização das práticas de saúde que se mantém hegemônico ao longo de séculos (1998). Tal paradigma defende que haja explicação científica e comprovada para as doenças apresentando a dualidade normal *versus* patológico como verdade. A concepção de doença é o centro do saber médico (BARROS, 2002; CAMARGO JR, 2003) conferindo ao profissional médico a detenção do saber e do poder, já que o saber e o poder estão intimamente ligados, mantendo os demais profissionais em posição periférica o que favorece a fragmentação da atenção (CHAVES; ALVES, 2012; CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Segundo Foucault (1995) o poder constitui uma fina rede que nos produz enquanto sujeitos e também como objetos de práticas e de saberes de modo que o saber dominante subordina outros saberes. É possível identificá-lo na organização das instituições de saúde assim como na literatura em saúde (PEDUZZI, 1998).

Ou seja, apesar das inúmeras modificações sofridas nos últimos anos em função do crescente desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas em saúde se mantêm pautadas na assistência baseada no modelo tradicional (CARDOSO; HENNINGTON,

2011). É evidente que tais avanços não significaram melhorias na vida da população em geral e apesar da enormidade de recursos disponíveis, ocorre um estímulo as especializações em diferentes campos propiciando a segmentação do trabalho e uso excessivo das tecnologias em prol da relação médico-paciente. Portanto, apesar das muitas conquistas tecnológicas e maior conhecimento em saúde, tais avanços não são capazes de resolver todas as questões de saúde (AYRES, 2004).

Ao se deparar com as diferentes modalidades tecnológicas, o profissional da saúde precisa lidar com todas elas para alcançar a integralidade do cuidado. No contexto brasileiro, principalmente a partir do estabelecimento do SUS são propostas mudanças dos paradigmas em saúde e, portanto, nas práticas de saúde. A atenção em saúde, pautada no médico e no modelo biomédico e focada no processo biológico do processo saúde e doença, recebe uma nova concepção de modelo como proposta de cuidado. Há estímulo ao trabalho em equipes com recomendação de se buscar a transdisciplinaridade como aparece na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH propõe que haja “troca de saberes, diálogo entre profissionais e modos de trabalhar em equipe” (BRASIL, 2004. p. 8) e apresenta dentre os princípios a valorização dos sujeitos com estímulo ao trabalho em equipe multidisciplinar e a transdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Diante das inúmeras transformações pretendidas e efetivadas nos processos de trabalho em saúde com intuito de impor melhorias na organização e na prestação de serviços, nos deparamos com novas condições de trabalho. Estas impõem mudanças na maneira individual de atuar, assim como nas atribuições, responsabilidades e nas relações intersubjetivas com os demais profissionais e com os usuários. Há uma exigência para que se adéquem e se disponibilizem às novas propostas de trabalho em equipe. Ao mesmo tempo existe a cobrança para que os trabalhadores participem dos processos de gestão com limitação de sua autonomia. (SANTOS-FILHO, 2007).

“A produção de autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde se colocará sempre um possibilidade em aberto – nunca como uma certeza- um processo que pode vir a ser favorecido em função de algumas condições (...)” (SÁ, 2005, p. 79). Discutir tal possibilidade exige ampliação do olhar relacionado às organizações e à sociedade como um todo, pois o trabalho em saúde pode propiciar a alienação e a apatia. Ao mesmo tempo permite a produção de “autonomia, da criatividade, e da capacidade de formulação de projetos solidários, flexibilizando, conseqüentemente os sérios limites

colocados atualmente a cooperação à solidariedade e ao cuidado com a vida nos serviços públicos de saúde” (SÁ, 2005, p. 93).

Partindo da idéia de Merhy (2002) sobre o trabalho em saúde como um “trabalho vivo em ato”, Sá e Azevedo (2013) defendem ser a dimensão intersubjetiva a mais difícil de gerenciar, apesar de não haver como se dissociá-la dos outros componentes do trabalho. Portanto, o trabalho em saúde com suas dimensões relacional e intersubjetiva exige trabalho psíquico, sendo inevitáveis as implicações na qualidade do cuidado. A singularidade do trabalho em saúde está diretamente implicada na viabilidade de cuidar e ser solidário, ao constituir-se de um trabalho intersubjetivo que pressupõe que um sujeito interfira sobre o outro.

Logo, a criação de novas formas de trabalhar se faz obrigatória para que se efetue oposição ao modelo hegemônico vigente. O trabalho em equipe interdisciplinar se constitui numa estratégia ao favorecer a comunicação entre os sujeitos intensificando as relações transversais. Deste modo permite que cada profissional assuma o protagonismo de suas ações pela valorização dos saberes individuais e divisão da responsabilidade pelo cuidado (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Sendo assim, Peduzzi (1998) afirma que o trabalho em equipe surge como possibilidade de trabalho em grupo baseado na reciprocidade da relação entre a técnica e as interações intersubjetivas, permitindo a construção de um objetivo comum que permite a integração e constituição da equipe.

Entretanto, na prática, o trabalho em equipe tem sido dificultado pelas diferenças existentes entre as profissões que a compõem. No cotidiano dos trabalhadores da saúde é evidente a dificuldade das equipes em responderem às inúmeras demandas tanto por desconhecimento e pouco treinamento como por falta de planejamento nesse caminho. Santos-Filho (2007) atenta para a inabilidade das equipes em responder às inúmeras cobranças e exigências de participação ativa dos trabalhadores, o que pode acabar por inviabilizar a efetividade. A gestão, ao mesmo tempo em que estimula os espaços participativos, restringe a autonomia a nível local. Dessa forma prevalece o modelo tradicional de organização com manutenção da hierarquia e sem a co-responsabilização do cuidado. A assimetria de saberes e poderes tensiona os ambientes de trabalho (CECÍLIO, 1999). Existe uma resistência à troca de experiências, perpetuando nos serviços uma “simples circulação de saberes ‘individualizantes’ e ‘culpabilizadores’” (GOMES et al, 2007).

Por outro lado quando o relacionamento da equipe multidisciplinar ocorre de maneira positiva amplia-se a qualidade do serviço pelo aumento da “capacidade autopoiética da equipe” sendo imprescindível uma boa comunicação entre os diferentes atores para a efetivação do trabalho em equipe (PINHEIRO et al, 2007, p. 11). Como sugerem Gomes et al (2007) a equipe precisa trabalhar como uma orquestra, em que o concerto, a obra final, seja o efetivo cuidado em saúde. Diversos profissionais, com saberes específicos, atuando em prol de um mesmo objetivo num “agir com o outro” (GOMES et al, 2007, p.35.) em busca de um trabalho em equipe numa coprodução de práticas de saúde com a legitimação do outro. Peduzzi (1998) lembra que a equipe acontece no compartilhamento de tarefas e trabalhos, extraindo do conjunto o sucesso para o que se pretende realizar.

Ayres (2000) defende que a intersubjetividade produz um saber muito além do tecnológico e a necessidade de se utilizar a objetividade sem perder a criatividade subjetivadora para permitir a troca no espaço relacional e a efetivação do cuidado. O cuidado não somente enquanto resolução de problemas de saúde, mas um olhar integral para a saúde, incluindo as trocas intersubjetivas envolvidas. Ayres (2004) discute o cuidado associado às ações de integralidade propostas no SUS, trazendo as novas modalidades de atenção em saúde. Segundo Merhy (2007), o cuidado em saúde se dá a partir do encontro de atores sociais, o trabalhador ou “produtor” e o usuário ou “objeto” do cuidado. Ou seja, o usuário tem um problema a ser resolvido, o trabalhador da saúde tem o conhecimento e a promessa da resolução. Esse encontro se faz através de uma interseção partilhada na qual um age sobre o outro de maneira particular e ambos fazem parte da ação do cuidar a fim de solucionar a questão.

Há consenso quanto à impossibilidade de falar de cuidado sem falar de relações intersubjetivas (FIGUEIREDO, 2011; AYRES, 2004). Para haver a integralidade do cuidado é necessário que haja a articulação entre os profissionais envolvidos na atenção com trocas de informações sobre o usuário (CECÍLIO; MERHY, 2003). A atenção à saúde pautada no modelo biomédico e na visão biologicista e fragmentada de saúde e doença interfere nas relações intersubjetivas e conseqüentemente no cuidado.

Ayres (2004, p.66) propõe a reconstrução do cuidado, propriamente nas práticas de saúde identificando três motivações fundamentais: “voltar-se a presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes”. Cecílio e Merhy (2003, p.2) definem cuidado em saúde como “uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”. Há a

reafirmção da necessidade de superarmos a racionalidade biomédica e atentarmos para a presença subjetiva do outro, de transformarmos os serviços de saúde em espaços dinâmicos de conversação, com ausculta sensível e integral e abertura para novas práticas e olhar ampliado para os sujeitos (AYRES, 2004).

Aqui é importante fazer um parêntese para diferenciar termos utilizados para abordar o conjunto de profissionais de diferentes disciplinas. Usa-se frequentemente as palavras multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade como sinônimos apesar de possuírem diferenças em alguns aspectos. Como multidisciplinaridade entende-se “o movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares”, há uma diversidade de disciplinas sem trocas entre si. Quando há interdisciplinaridade ocorre interação das diferentes áreas com relações de trabalho que compartilham objetivos comuns. Existe “o movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para a qual um objeto específico seria designado” (PASSOS; BARROS 2000, p.74). Tanto numa como na outra há a manutenção das fronteiras disciplinares e sobretudo dos saberes e seus sujeitos. Já a transdisciplinaridade significa a interseção entre as disciplinas construindo planos compartilhados em busca de um resultado comum sem renunciar ao movimento criativo de cada uma delas. A “transdisciplinaridade como forma de promover intercâmbio, a aproximação e a mistura de distintos campos do saber” (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p. 11) propicia a sinergia dos diferentes profissionais, com suas especificidades numa escuta recíproca.

Apesar do trabalho em equipe ser a base para integralidade em saúde, em especial na promoção da saúde e prevenção de doenças, sobretudo na atenção primária, são inúmeros os desafios para que se efetive (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010; VIEGAS; PENNA, 2013). As equipes de saúde são formadas por uma diversidade de profissionais com diferença de autoridades, especialidades e se dão em meio à enorme tensão ao exigir complementaridade e interdependência. Trabalhar em equipe significa compartilhar, somar conhecimentos, valorizar a participação de cada membro e construir objetivos comuns (RIBEIRO et al, 2004).

A necessidade de se compor equipes dispostas a trocar e recriar o trabalho se apresenta como uma difícil tarefa (RIBEIRO et al, 2004). A equipe “representa, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, principalmente, relações interpessoais” (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p.86). Relações estas permeadas

por diferentes graus de autonomia, status e pela divisão técnica do trabalho. As interprofissionais se apresentam como entrave a efetivação das equipes por se representarem ameaça a perda de autonomia e da identidade profissional (PERES et al, 2011; BRITO et al, 2016).

Em muitos serviços é possível pontuar dentre as fragilidades do trabalho em equipe a escassez de reuniões multidisciplinares e existência de encontros por categorias profissionais. O que gera enfraquecimento das equipes e conseqüente prejuízo no cuidado assim como reforço da fragmentação da atenção e do modelo biomédico. São raros planejamentos comuns ocorrendo decisões e condutas particulares a cada profissão, além de baixa valorização das diferentes categorias (BRITO et al, 2016). Bandeira et al (2016) levantam a questão da interdisciplinaridade como proposta de saúde coletiva para responder aos complexos processos saúde e doença e reafirmam o quanto as relações de saber e poder incentivam a fragmentação e departamentalização dos serviços e profissionais.

Bones et al, (2015) trazem a discussão dos conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, considerando a primeira o agrupamento de disciplinas sem articulação e fragmentação das praticas sem efetivação do trabalho em equipe. Quando acontece a interação das disciplinas com “interpenetração entre as áreas, permitindo o diálogo entre os saberes capazes de redimensionar a prática, entendendo o problema a partir de cada olhar, para uma tomada de decisões e execução de propostas inerentes aos campos envolvidos, a partir da centralização do todo” considera-se a equipe interdisciplinar (BONES et al, 2015, p. 344). Os autores afirmam a interdisciplinaridade como uma prática que potencializa a integração favorecendo a ampliação da percepção do trabalho em saúde ao incentivar a interação entre os profissionais e as trocas de saberes e fazeres considerando cada área conhecimento.

As equipes precisam ser interdisciplinares e funcionarem com interação dialógica, reconhecimento e respeito pelas diferenças, troca de conhecimentos e criação de novos saberes com participação coletiva. Configurarem-se como simples junção de pessoas com formações diferentes apenas perpetua a fragmentação. Mas sim um trabalho conjunto com envolvimento de cada um contribuindo com seu nível de competência a fim de responder às complexidades que se apresentam (ALVES et al, 2005; BRAGA, 2008; OTENIO, 2008; CARDOSO; HENNINGTON, 2011, SILVEIRA, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013). A “construção de um *nós* ao invés de um *eu* ou *elas*” (ALVES et al, 2005, p. 382. Grifo do autor).

Brito et al (2016) consideram que para se construir uma equipe multidisciplinar é importante compreender a dinâmica das relações existentes no cotidiano do trabalho como as estratégias utilizadas, os símbolos e os mecanismos dialógicos. As equipes estudadas por Viegas e Penna (2013) relatam dificuldades na efetivação e usam como estratégia a interação através da comunicação verbal informal. Os autores evidenciaram que existem equipes atuando através de ações interdisciplinares para resolução dos problemas, mas ainda persistem as ações individualizadas e fragmentadas. Para que aconteça, o trabalho interdisciplinar precisa ocorrer de maneira simultânea e coordenada com conexão entre as diferentes especialidades de forma dialógica com troca de saberes e reconhecimento e respeito por cada categoria.

Dentre os entraves ao trabalho em equipe está a diversidade de modelos de gestão. Alguns provocam relações conflituosas enquanto outros atuam aproximando. Segundo Ribeiro et al (2004), estas relações podem gerar sentimentos de impotência, provocar conflitos e disputas por poder dificultando o alcance da integralidade. Já Oliveira e Spiri (2006) ao descrevem as questões relacionadas ao trabalho em equipe apresentam como questões prejudiciais ao trabalho em equipe o acontecimento de conflitos internos e trazem a integração do grupo para resolver as situações como ponto positivo.

Ao realizar uma análise psicossocial da gestão em saúde, Sá e Azevedo (2013) enfocam nas relações entre subjetividade e gestão. As autoras utilizam três linhas de pensamento para discutir o gerenciamento da saúde: a psicossociologia francesa, que coloca o indivíduo em situação, a teoria psicanalítica que discute sobre os processos intersubjetivos e grupais, e a psicodinâmica do trabalho, voltada para a relação trabalho, prazer e sofrimento. Ao investigarem um hospital de emergência e seus limites para o cuidado Sá et al (2008) verificam que para além de uma organização estrutural com materiais, tecnologias e pessoas é necessário que se organize e faça gestão dos processos de trabalho em saúde, uma vez que suscitem processos criativos e vínculos que irão favorecer o cuidado.

Ao estudar a equipe de saúde a partir dos agentes comunitários de saúde (ACS), Peres et al (2011) concluem que para esses profissionais o trabalho em equipe exige “relações efetivas, com ênfase na comunicação, respeito e cooperação”. A categoria defende que se façam investimentos na melhoria das relações entre os membros da equipe afirmando que se configuram em facilidades para o trabalho em equipe a manutenção das relações interpessoais apresentando como fundamental a co-

responsabilização. As reuniões de equipe são trazidas como estratégia para o sucesso da equipe.

No ambiente hospitalar, Backes et al (2005) apresentam o artifício encontrado pela equipe estudada para melhorar as relações entre os profissionais e ativar o espírito de equipe. A equipe de humanização propôs “o dia do abraço” a todos os profissionais como forma de estreitar os vínculos e a idéia foi bem aceita por todos.

Exemplo de trabalho equipe no qual a junção de diferentes profissionais da saúde no cuidado se mostra fundamental é na situação emergencial. Em unidades que prestam atendimento de emergência é essencial que haja coesão das equipes, com complementaridade para que sejam dadas respostas imediatas nas situações que exigem rapidez e efetividade (ALVES et al, 2005).

Nas equipes de referência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existem diferenças de organização, mas na maior parte deles, a composição das equipes se faz com profissionais não médicos e o médico “acompanha” (supervisiona?) os pacientes. Mesmo assim ocorre divisão de responsabilidades e discussão interdisciplinar dos casos com alguma troca de saberes. É fundamental que os componentes da equipe se comuniquem para que “coloquem afinidades e diferenças em contato, sem negá-las ou emudecê-las” (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010 p.1158).

Cardoso e Hennington (2011) trazem as dificuldades para que o trabalho em equipe se concretize e evidenciam a necessidade de se reinventar o trabalho conjunto. Relatam que embora existam espaços de discussões interprofissionais, ocorre uma separação entre o profissional médico, que com sua superioridade, supervisiona a equipe, e os demais profissionais. Ocorre um reforço a desvalorização e ao posicionamento periférico dos trabalhadores não médicos.

Brito et al (2016) evidenciaram conflitos entre médicos e enfermeiros, com rivalidade evidente desde a ascensão da enfermagem. A busca dos enfermeiros por maior autonomia vai de encontro ao modelo hegemônico por vezes interferindo na relação entre as duas categorias. Os autores exemplificam que no hospital de estudo houve inclusive uma separação dos registros de cada profissional no prontuário com a justificativa de acelerar e otimizar o trabalho. Frisam, entretanto, que tal segmentação se contrapõe a proposta de integralidade e humanização.

Utilizando a teoria de campo de forças como proposta Martins et al (2011) analisaram as forças que influem no trabalho em equipe. Afirmam que existe um dinamismo no campo de forças de modo e que seus movimentos podem impulsionar ou

restringir a realização das tarefas. Chegaram a conclusão de que a interação da equipe se constitui no principal fator de influência nos resultados.

Partindo da complexidade do tratamento dos indivíduos acometidos pela infecção do HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e do interesse no trabalho em conjunto, procedeu-se uma abordagem interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção. As interconsultas realizadas por residentes multiprofissionais no momento em que os pacientes retornavam para a consulta médica tiveram como intenção ampliar o acolhimento das demandas para além das pautadas pelo modelo biomédico. Pode-se aferir a importância da equipe multiprofissional no cuidado com ênfase no vínculo e na confiança e da articulação de redes nos diferentes níveis de atenção à saúde (BANDEIRA et al, 2016).

Roloff et al (2016) ao estudar a equipe de saúde do trabalhador de uma empresa, apresentam como dificuldades para a efetivação da equipe a estrutura, as relações intersubjetivas, a organização e logística das empresas, as divisões por conhecimento técnico. Há relato de conflitos existentes entre enfermeiros e médicos do trabalho em função da hierarquia que se perpetua com evidente fragmentação das ações. Reafirmam a importância das equipes funcionarem de maneira integrada com as diversas disciplinas e evidencia a manutenção da fragmentação dos saberes e poderes apesar da constituição multidisciplinar. A interdisciplinaridade deve acontecer de maneira horizontal, sem superioridade de conhecimento, já que nenhuma área contempla a complexidade da saúde do trabalhador (ROLOFF et al, 2016).

Cardoso e Hennington (2011, p. 107) expõem a necessidade de produção de sujeitos, um “subjetivar no sentido de um reposicionamento visando à autonomia, não no plano da individualidade, mas da produção de sujeitos com postura ético-política, na construção de um plano comum, coletivo, que os atravessa e constitui”.

Alguns autores têm trazido a sugestões quanto à necessidade de mudança na formação das profissões em saúde para um modelo que ensine a agir de maneira integrada. O ensino no modelo tradicional predispõe a soma de saberes sem integração e acaba por não ser efetiva (ALVES, RAMOS e PENNA, 2005). Para que ocorram mudanças nesse aspecto é imprescindível um reposicionamento dos profissionais, com reflexões acerca de seu processo de trabalho e percepção de seu protagonismo nas suas atividades, caminhando para a co-responsabilização dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado (CARDOSO e HENNINGTON, 2011). Peres et al (2011, p. 908) sugerem que “a aprendizagem caminha ao lado da comunicação e aprender ultrapassa a

transferência de saber de uma pessoa para a outra, ou seja, o aprendizado ocorre com o outro e não do outro”.

Dentre as propostas existentes como potenciais às transformações nas relações, encontra-se a formação e a educação permanente (SILVEIRA et al, 2011; PALHETA; COSTA, 2012). Saupe e Budó (2006) refletem sobre a formação e a educação permanente em saúde e, baseadas nos conceitos de interdisciplinaridade, objeto fronteiriço e “educare”, trazem a pedagogia interdisciplinar como proposta para a formação de profissionais capazes de trabalhar em equipe. Propõem a relação educação (edu) e cuidado (care) com a concepção de educação como instrumento de transformação. Argumentam que esta estratégia pedagógica estimula o respeito as diferenças e dessa forma outras competências além da cognitiva, possibilitando uma formação mais ampla, com olhar integral e abertura para dividir o pensamento e o conhecimento.

A desarticulação entre os currículos das formações em saúde e a prática é comum, de modo que os profissionais se formam sem preparo para trabalhar em equipe. Gonçalves et al (2015) propõem que o processo de formação estimule os alunos a participarem do ensino aprendizagem, de forma que sejam inseridos na interação com os serviços de saúde e comunidades assim como no entendimento do trabalho em equipe interdisciplinar. Os autores trazem uma experiência de efetivação de uma equipe interdisciplinar a partir de coletivos de encontros que possibilitou compartilhamento e a troca de saberes horizontalmente com implicação e responsabilização de todos pelo cuidado. Miranda Neto et al (2015) chamam a atenção para a importância de co-existirem as formações uniprofissional, multiprofissional e interprofissional por serem complementares, desde que se dêem de maneira equilibrada.

Acreditando para que haja interdisciplinaridade é essencial saber trabalhar em equipe, Peduzzi et al (2013) apresentam a discussão das propostas de formação e capacitação são como a Educação e a Prática Inter-Profissional (EIP e PIP). A EIP como “modalidade de formação em saúde que promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, com a finalidade de melhorar as respostas dos serviços a essas necessidades e a qualidade da atenção à saúde” (PEDUZZI et al, 2013p. 982). Entretanto, afirmam que a EIP não é uma realidade em nosso país, mas, caso a PIP se efetive, poderá permitir que se problematize e se integre as atividades com melhor comunicação dos profissionais entre si. Miranda Neto et al (2015) argumentam que a

EIP podem favorecer as práticas colaborativas e o trabalho em equipe inter-profissional ao desenvolverem ações em conjunto com maior efetividade da atenção e do cuidado em saúde.

Portanto enquanto na proposta de educação multiprofissional o processo de formação de cada área de conhecimento acontece paralelamente sem interação, a EIP é uma estratégia que recomenda que a aprendizagem em saúde se dê de maneira integrada com estudantes de diferentes áreas com engajamento. Possui propriedades fundamentais ao trabalho em equipe ao estimular que se reconheça os papéis e especificidades de cada profissão e, compartilhando os conhecimentos, haja a busca de soluções e definição de condutas em conjunto. “Para que isso ocorra, deve haver o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área e competências colaborativas” (MIRANDA NETO et al, 2015, p. 587).

Alves et al (2014) defendem o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) como estratégia para o estímulo e aprendizagem do trabalho em equipe. Demonstram que a interação de estudantes de diferentes áreas da saúde permite a troca de conhecimentos e a prática multidisciplinar e afirmam que a proposta valoriza a integração dos diversos campos com a troca de conhecimentos acerca de cada situação.

Logo, o trabalho em saúde “na sua dimensão operante, trata-se de intervenção técnica permeada por relações interpessoais, o que lhe atribui algum grau de incerteza intrínseco, pois, por exemplo, há que se associar a subjetividade do usuário à aplicação da técnica, entre outros elementos a se considerar na incerteza da interação” (PEDUZZI, 1998, p.44)

Portanto, diante dos diferentes serviços de saúde existentes, é clara a diversidade de processos de trabalho existentes. Nas unidades de atenção primária o estímulo ao trabalho em equipe faz parte da prescrição, ou seja, as equipes de saúde são preconizadas pelo SUS. Em geral, nos hospitais o alcance da interdisciplinaridade se distancia, uma vez que se perpetua a valorização da especialização, permanência das relações hierárquica e de poder e fragmentação do cuidado.

5 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO NO HOSPITAL

O hospital é “uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses - que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social” (FUEERWERKER; CECÍLIO, 2007, p.966). Reconhecido como espaço de formação médica, desde sua concepção, possibilita que os conhecimentos sejam acumulados pela soma da experiência, das trocas e da solidariedade. “Mais do que os espaços de formação formalmente constituídos, e conhecimento empírico acumulado na prática amplia a possibilidade de trocas e diminui a distância entre as pessoas” (MACHADO; CORREA, 2002, p.161).

Trata-se de uma entidade em processo de transformação com revisão de sua função na oferta do cuidado em saúde e proposta de oferecer atenção de qualidade, com vistas à integralidade, a eficácia além da preocupação com os custos. Tal movimento acontece tanto em órgãos públicos como privados com grandes expectativas dos gestores, trabalhadores e usuários. Assim a gestão hospitalar possui a difícil tarefa de “coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade” (FUEERWERKER; CECÍLIO, 2007, p.967).

Machado e Correa (2002, p.160) afirmam que o trabalho em saúde é complexo com pouca articulação “pela diferenciação e hierarquia entre os grupos profissionais envolvidos no trabalho em saúde e em função do próprio discurso médico hospitalar dominante sobre partes dos corpos”. Desse modo o trabalho no hospital apresenta especificidades na esfera do trabalho em saúde. Reúne uma diversidade de profissionais e, portanto, saberes, tecnologias e infra-estrutura (FUEERWERKER; CECÍLIO, 2007; CAMELO, 2011) que atuam para que se mantenha a estrutura organizacional em busca dos objetivos definidos por cada instituição (ALAM; CEZAR-VAZ; ALMEIDA, 2005).

Embora no trabalho hospitalar o cuidado seja prestado por uma diversidade de profissionais, a hierarquia das profissões de saúde apresenta-se de forma mais evidente no hospital com predominância de profissões como medicina e enfermagem, uma vez que o processo de trabalho em saúde tem como base o paciente e a produção de saúde. Os demais trabalhadores são considerados de apoio podendo ser divididos em dois grupos “um primeiro, especificamente relacionado com à saúde do paciente como exames laboratoriais, de imagens e funcionais, nutrição, assistência social e farmácia. E

outro, de atividades de apoio, como limpeza e manutenção em geral, que também se divide em predial e de equipamentos” (MACHADO; CORREA, 2002, p.161).

No hospital as relações de trabalho se configuram em intensas relações sociais e humanas tanto entre os que trabalham entre si como com aqueles que recebem o cuidado. Compreendem, portanto, questões envolvidas nas inúmeras expectativas de manutenção da saúde, necessidade de tratamento ou atenuação de sofrimento. Dessa forma o trabalho no hospital representa uma carga emocional, muitas vezes de sofrimento, além dos riscos inerentes ao trabalho em saúde, como os conhecidos acidentes perfuro-cortantes (MACHADO E CORREA, 2002).

O processo de trabalho em hospital apresenta características marcantes:

- a) a concentração de trabalho humano e a sua aplicação em pessoas intensificam as relações entre elas como um elemento central, e a tecnologia e o conhecimento se tornam fatores distanciadores ou de intermediação desta relação;
- b) os trabalhos prescritos são orientações transmitidas em períodos de formação. Nas ações decorrentes do atendimento a cada paciente, há um componente rotineiro e outro particular. Este último faz a diferença objetiva em relação aos trabalhos prescritos industriais. A necessidade de improvisação e impasses decorrentes de falta de algum componente acontecem e, como na indústria, alternativas operacionais são aplicadas e tendem a não ser seguras, ou seja, constantemente trazem um maior risco;
- c) exige altos níveis de qualificação para muitas de suas atividades, além de constante treinamento prático e o enfrentamento de situações com alta variabilidade e emergenciais;
- d) grau de imprecisão das tarefas é alto e a presença de tomadas de decisão em situações novas faz parte da rotina; (...) (Machado e Correa, 2002, p.65).

Portanto o hospital configura-se de maneira singular com divisão do trabalho entre os diferentes agentes e marcada hierarquização de funções e tarefas de modo que a integralidade da atenção está diretamente relacionada à maneira como ocorre interação dos trabalhadores do hospital (FUEERWERKER; CECÍLIO, 2007). Segundo OSÓRIO (2007, P.7),

Nos hospitais públicos do Brasil, não temos uma tradição de participação, e sim de centralização de decisões (...) uma descrença acentuada na possibilidade que os coletivos de trabalho possam ter de influenciar a organização de suas próprias atividades, observando-se um quadro predominantemente defensivo frente à organização do trabalho (OSÓRIO, 2007, p.7)

O INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD (INTO)

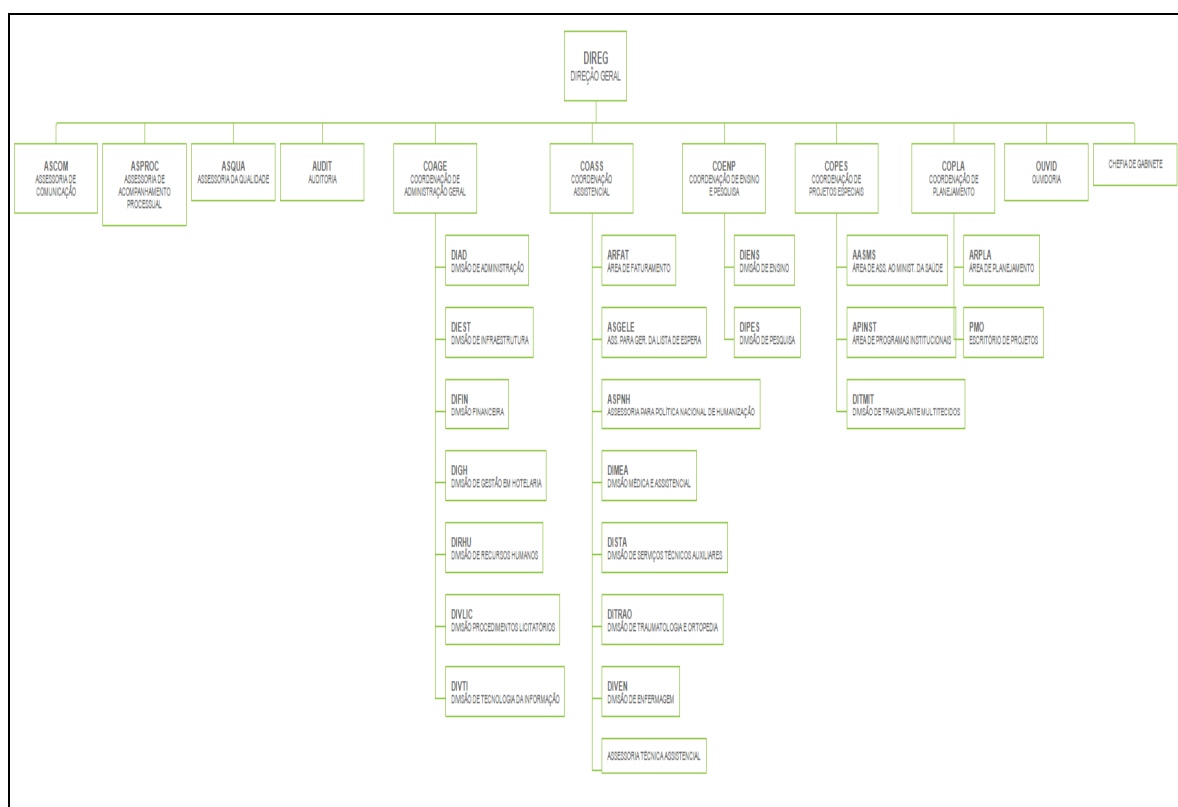
O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) é uma referência nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui a missão de oferecer ações assistenciais, de ensino, pesquisa, de prevenção além de atuar na formulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação. O INTO está vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, sendo administrado diretamente pelo Ministério da Saúde. São suas responsabilidades:

- I. Participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas;
- II. Planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas no âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas e sua reabilitação;
- III. Desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, nas áreas de ortopedia, traumatologia e reabilitação;
- IV. Coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em ortopedia e traumatologia;
- V. Estabelecer normas, padrões e técnicas de avaliação de serviços e resultados;
- VI. Coordenar e orientar a prestação de serviços médico - assistenciais aos portadores de patologias traumatológicas e ortopédicas.

O Instituto segue os lemas da Política de Humanização como valores e princípios: humanização e empatia, foco no paciente, qualidade e segurança, inovação, trabalho em equipe, transparência e ética e geração e disseminação do conhecimento. Sua estrutura física conta com 50 salas de ambulatório, 21 salas cirúrgicas, 273 leitos de internação em enfermaria, dos quais 18 funcionam no esquema de hospital – dia, leitos disponíveis para procedimentos rápidos e internações de duração menor à 24h. Possui ainda sete leitos de unidade semi-intensiva, 16 leitos de unidade de terapia intensiva, 21 leitos de unidade pós-operatória e quatro leitos de unidade de terapia intensiva pediátrica (BRASIL, 2015).

O organograma do INTO está estruturado de maneira hierárquica conforme apresentado na figura 1. No topo encontra-se a Direção geral. Em seguida, fazendo parte da mesma situação hierárquica encontram-se a chefia de gabinete, os setores de Auditoria e ouvidoria, as Coordenações e Assessorias. Abaixo estão as Divisões e Áreas

correspondentes. Deteremos-nos à Coordenação Assistencial (COASS) por se tratar da responsável pela prestação do cuidado. A COASS é constituída pela Área de Faturamento (ARFAT), Área de Assessoria para gerenciar a lista de espera (ASGELE), Assessoria para Política Nacional de Humanização (ASPNH), Divisão de Serviços Técnicos Auxiliares (DISTA), Divisão de Traumatologia e Ortopedia (DITRAO), Divisão de Enfermagem (DIVEN), Assessoria Técnica e Assistencial e Divisão Médico Assistencial (DIMEA). A Área da Pediatria (ARPED) está vinculada a DIMEA.



(Figura 1: Organograma do INTO. Retirado do site do INTO- INTRANET)

O funcionamento do instituto se dá com a divisão das atividades. As especialidades cirúrgicas estão separadas em grupos de acordo com a especificidade anatômica ou clínica, denominadas Centro de Atendimento Especializado (CAE). Cada CAE dispõe de enfermeiros(as) responsáveis pela organização e planejamento das internações, cirurgiões ou cirurgiãs especialistas, assistentes sociais, psicólogos e secretário(a). Contamos, portanto com diferentes equipes que trabalham paralelamente. O grupo de ortopedia infantil ou pediátrica, como o nome já diz, fica responsável pela faixa etária pediátrica na maior parte dos casos. Sendo assim, representa o grupo que mais interna na enfermaria de pediatria. Outros grupos que usualmente operam crianças

e adolescentes são os de micro-cirurgia, coluna, crânio-maxilo-facial e fixador externo. Temos ainda equipes encarregadas pelas cirurgias do pé, mão, quadril, joelho, entre outros, que eventualmente internam pacientes pediátricos. Sendo assim, a enfermaria de Pediatria recebe pacientes de vários grupos cirúrgicos.

A ARPED atende crianças e adolescentes de três meses a 16 anos incompletos e pacientes de 16 a 18 anos incompletos com comprometimento neuropsicomotor e déficits cognitivos. O serviço de pediatria realiza atendimentos ambulatoriais e a beira do leito durante as internações. O nível ambulatorial funciona com atendimentos por disciplina e em alguns grupos cirúrgicos com equipes delimitadas. O ambulatório de pediatria tem funcionamento semanal com três turnos e os atendimentos realizados incluem consultas pediátricas ambulatoriais pré-operatórias e eventualmente pós-operatórias em situações especiais como controle de infecção, baixa aderência ao tratamento entre outras. Na enfermaria, o paciente recebe assistência multidisciplinar da equipe da enfermaria antes e após o procedimento cirúrgico. Em 2016 foram 851 internações e 635 atendimentos pediátricos ambulatoriais.

A enfermaria de pediatria do INTO está localizada no oitavo andar do hospital, assim como uma das enfermarias de adultos, o laboratório de análises clínicas, o banco de sangue. Situa-se num espaço reservado delimitado por portas de vidro com sinalização do setor e possui 23 leitos que se dispõem em quartos com dois leitos cada e duas poltronas reclináveis para acompanhante. Um dos quartos é reservado para pacientes em isolamento respiratório e, portanto, comporta apenas um leito e uma poltrona. Todos estão equipados com ar condicionado central, banheiro adaptado, armário destinado a guarda de pertences e televisão. O espaço é decorado em toda extensão com figuras dos personagens criados para o setor.

A equipe da enfermaria de pediatria é composta por diversas categorias profissionais. Somos 20 médicos (as) pediatras, 11 enfermeiros (as), 26 técnicos (as) de enfermagem, 2 fisioterapeutas, 2 psicólogas, 2 assistentes sociais, 1 Terapeuta ocupacional, 1 pedagoga, 1 auxiliar administrativo. Além dos profissionais da enfermaria, circulam pelo serviço, profissionais de nutrição (copeiras e nutricionistas), maqueiros (responsáveis pelo transporte do paciente no interior do hospital), profissionais do laboratório, médicos (as) ortopedistas e de outras especialidades, médicos (as) residentes, enfermeiros (as) residentes, enfermeiros (as) de outros serviços, estagiários (as).

O atendimento na internação abrange sempre um binômio, ou seja, é dispensada atenção para a criança ou adolescente e para o acompanhante, seja mãe, pai ou qualquer outra pessoa que exerça tal função. Por se tratar de uma instituição federal de referência, o instituto recebe, com frequência, pacientes provenientes de outros estados do Brasil com o intuito de realizar tratamento fora do domicílio (TFD). Nesses casos as internações costumam ser prolongadas devido à dificuldade de retornos com curto espaço de tempo para as necessárias reavaliações.

Dessa forma, a realização da pesquisa com os profissionais de saúde da enfermagem de pediatria levou em consideração a complexidade do processo de trabalho. Trata-se de um trabalho em saúde, logo se relaciona diretamente ao cuidado ao usuário em situação de fragilidade, no caso antes e após tratamento cirúrgico. E envolve as peculiaridades de se lidar com crianças e adolescentes e seus acompanhantes.

6 DESCREVENDO AS ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada a partir da utilização da abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas levam em consideração as relações sociais e se caracterizam por buscar significados, ocorrerem no ambiente próprio dos sujeitos estudados, terem o pesquisador como instrumento e produzir conhecimentos originais (TURATO, 2005; MINAYO, 2014). Dedicam-se à compreensão dos critérios que regem grupos, instituições e os próprios indivíduos quanto aos seus princípios culturais, o entendimento sobre sua história além de outras questões relevantes. Permitem perceber como são concebidas as relações intersubjetivas, institucionais e a organização de movimentos sociais assim como apreender como vêm os acontecimentos históricos e sociais e a implantação das políticas públicas. Segundo Minayo (2014), as modalidades de análises qualitativas:

(a) devem ser contextualizadas, permitindo distinguir as visões dominantes das outras formas de pensar a realidade (pois as classes e segmentos se encontram entre si, no seio de uma sociedade em relação e em aculturação recíproca); (b) devem levar em conta a origem e a historicidade dos fatos sociais e dos grupos que estão sendo estudados; (c) devem incluir os espaços formais da economia e da política como matizes essenciais da cultura da família, da vizinhança, dos grupos etários, dos grupos de lazer, dos grupos religiosos, mas também percebê-los como sendo permeados por esse mundo da vida; (d) devem considerar espaços ao mesmo tempo de consensos e de conflitos, contradições, subordinação e resistência, tanto as unidades de trabalho como bairro, o sindicato como a casa, a consciência como o sexo, a política como a religião (MINAYO, 2014, p. 30)

Lembrando que: “qualquer investigador deve por em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que importa para o objeto, os princípios de sua relação com a realidade, incluindo-se aí suas próprias relevâncias” (MINAYO, 2014, p. 22). A autora reforça ainda que “a atitude de observador científico consiste em colocar-se do ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção, o mais íntima e mais intensamente possível” (2014, p.277). Portanto levaremos em consideração o fato de que a presença no ambiente poderá influenciar na atividade.

Como o objeto deste estudo é o trabalhador da saúde e as equipes multiprofissionais, iniciamos a pesquisa com a revisão bibliográfica sobre o tema.

O referencial teórico utilizado baseou-se no campo da saúde do trabalhador, especificamente a relação saúde e trabalho e nas abordagens clínicas de análise do trabalho.

Revisão Bibliográfica

Partiu-se de revisão bibliográfica acerca das relações inter-profissionais em saúde e do trabalho em equipe, realizada em 2014, para conclusão de curso de especialização. Ampliou-se a revisão com busca para os três últimos anos. Para isso foram utilizados como descritores e palavras-chave: relações inter-profissionais, humanização, poder profissional, trabalho em equipe, relações de trabalho, comunicação, pessoal de saúde, ambiente hospitalar e reuniões multiprofissionais com os operadores booleanos *and* e *or* na combinação dos descritores e palavras-chave com a seguinte estratégia: ("relações interprofissionais" OR humanização OR "poder profissional" OR "trabalho em equipe" OR "relações de trabalho" OR "comunicação") AND ("pessoal de saude" OR "ambiente hospitalar" OR "reuniões multiprofissionais"). A busca foi realizada nas bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências de Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem), Coleção SUS (Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e MS (Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde), abrangendo o período de 2004 a 2016. Esse recorte foi feito devido à criação da PNH no ano de 2004, política que enfatiza o trabalho em equipe e a transdisciplinaridade.

A revisão inicial contemplou o período de 2004 a 2013 e foi realizada em etapas. Iniciou-se com a busca nas bases de dados de publicações nacionais disponíveis em texto completo, em língua portuguesa, sendo identificados 272 trabalhos. O segundo passo foi o diagnóstico e a exclusão das repetições, totalizando 208 textos. O terceiro consistiu na primeira leitura dos resumos e exclusão daqueles que não trouxeram temas relacionados às relações interpessoais ou interprofissionais, o trabalho em equipe ou equipe multi ou interdisciplinar, no setor saúde, a fim de garantir que nenhum artigo de interesse fosse descartado. Em seguida, releituras dos resumos foram feitas buscando eleger aqueles que discutiram de maneira mais específica o trabalho em equipe, as equipes multi ou interdisciplinares ou as relações interprofissionais ou interpessoais na saúde.

Após essa seleção, resultaram 42 trabalhos sendo 35 artigos, 2 teses, 3 dissertações, 2 monografias e um texto pertencente ao caderno temático do HUMANIZASUS publicado pelo ministério da Saúde, fazendo esse último parte do referencial teórico. Optamos por considerar para o estudo apenas os artigos, devido à sua maior circulação. Entretanto, três deles não foram encontrados em texto completo,

apesar de terem entrado na seleção inicial. O quarto passo foi a realização de leituras exploratórias dos 35 artigos selecionados. Nesse momento foram descartados 16 artigos por não darem destaque especial à temática, permanecendo para análise 19 textos.

Durante a realização da presente pesquisa, foi realizada a ampliação da busca para os anos de 2014, 2015 e 2016 sendo encontrados 19 artigos, dos quais oito repetidos, permanecendo 11 para análise. Após a leitura dos resumos um foi descartado e depois de realizar a leitura exploratória mantiveram-se sete textos, totalizando 26 para revisão.

Campo empírico

O campo empírico foi a enfermaria de pediatria INTO. Como descrito anteriormente, é um setor fechado que dispõe de uma equipe multidisciplinar com profissionais de diferentes áreas.

Sempre houve destaque da equipe da Pediatria do INTO por seu funcionamento técnico e qualidade no cuidado. Durante o processo de trabalho cotidiano, a maneira com que as relações inter-profissionais em saúde acontecem e interferem diretamente na atenção e cuidado prestados são evidentes. Os profissionais que trabalham com essa faixa etária possuem como pré-requisito um perfil diferenciado. Além do olhar humanizado e com visão integral, tanto dos pacientes como dos seus familiares, precisam gostar de atender crianças e adolescentes. Entretanto, tais requisitos não são suficientes para lidar com as questões que se apresentam de trabalho. Muitas situações inesperadas e inusitadas ocorrem e exigem de cada trabalhador uma resposta que não tem de pronto. É nesse momento, por exemplo, que a boa relação da equipe mais do que nunca se faz necessária, pela possibilidade de trocas de experiência e apoio.

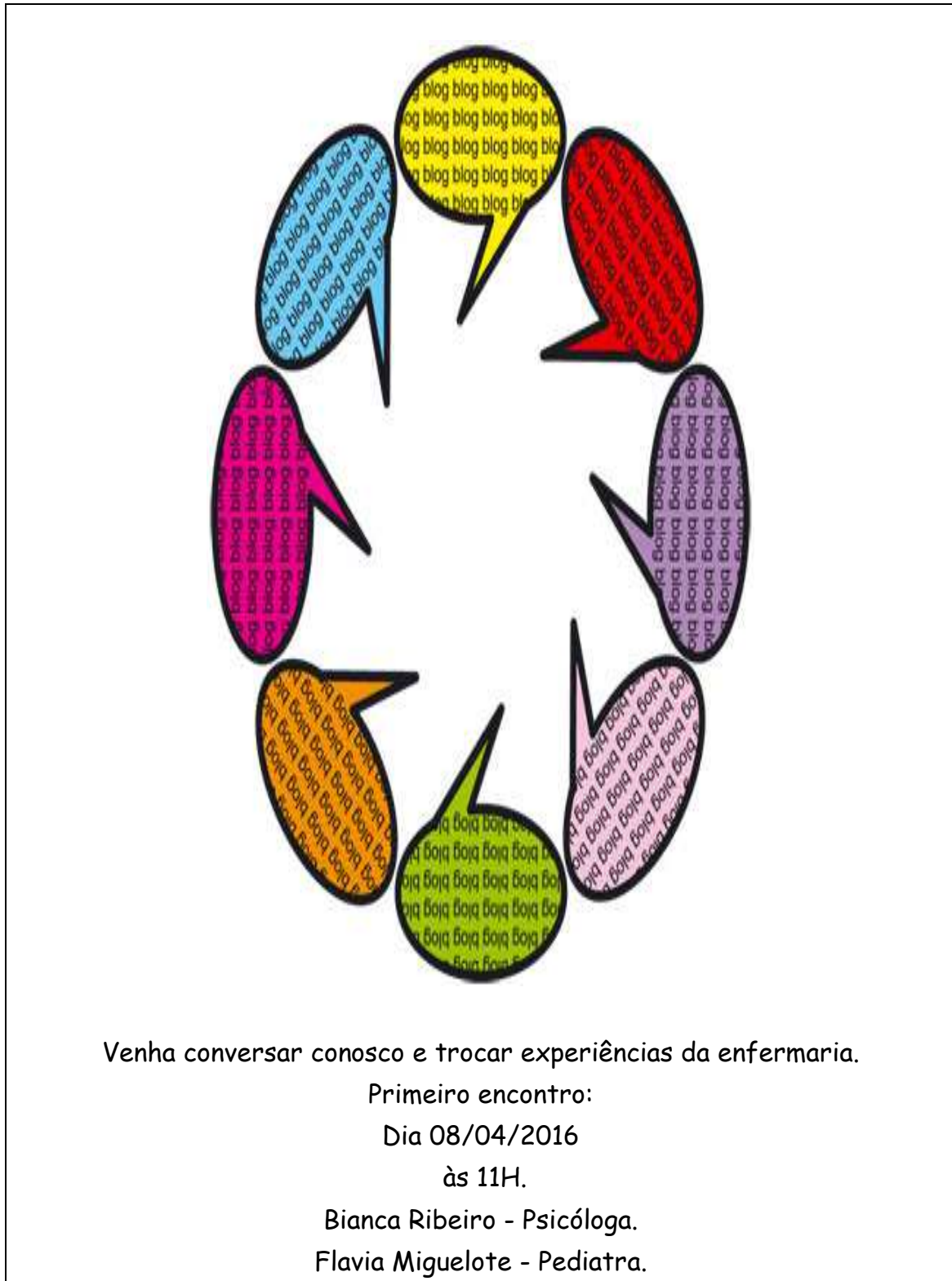
Partindo dessas questões em conjunto com o serviço de psicologia do setor propusemos discussões acerca das questões relacionadas à equipe da enfermaria. Naquele momento pudemos perceber que compartilhávamos de sentimentos semelhantes e gostaríamos de agir de alguma forma para mudar o contexto que se apresentava. Encontramo-nos mais algumas vezes para discutir o que seria interessante planejar e optamos por apresentar a proposta das reuniões multidisciplinares. A partir daí passamos a buscar a melhor estratégia para mobilizar a equipe, a melhor forma de atingir cada profissional. Decidimos então por fazer convites informais a todos os profissionais da enfermaria através de cartazes nas áreas comuns da enfermaria, além de convites verbais a cada um da equipe de modo que a participação é voluntária.

Com o intuito de sensibilizar a equipe foram elaborados cartazes com os seguintes dizeres: “*Como foi sua semana? Venha conversar conosco e trocar experiências da enfermagem*” e os nomes das responsáveis pela proposta (Figura 2). A iniciativa gerou mobilização dos profissionais com reações diversas. Houve manifestações de curiosidade e de estranhamento, com expressões tanto de interesse como de depreciação e deboche. Seguiram-se inúmeras especulações a cerca do que seriam tais encontros até explicarmos o que estávamos propondo. Ao mesmo tempo em surgiram demonstrações de desejo em participar e lastima quando não havia possibilidade em função do dia da semana escolhido para acontecerem.

A implantação de reuniões multidisciplinares que não sigam o molde de reuniões de equipe, com rounds e discussões técnicas centradas no paciente e na visão médica se configura um desafio. Mesmo diante de uma equipe multidisciplinar que se relaciona de maneira dialógica, com trocas produtivas há a presença de uma hierarquia que dificulta o processo de interdisciplinaridade. Portanto a proposta de realização de encontros para discussão foi recebido com estranheza.

Aqui, destaco a minha posição enquanto médica pediatra e chefe substituta da equipe médica da pediatria. Acredito ter havido algum desconforto inicial do restante da equipe não medica em função dessa posição. Da mesma forma em que houve influencia na equipe medica pela adesão as reuniões. Porem, passado o primeiro momento, em função da natureza dos encontros, tais efeitos tenham sido desfeitos.

Figura 2: Cartaz



Procedimentos da Pesquisa

O trabalho de campo foi dividido em dois momentos. O primeiro se deveu a observação, realizada no cotidiano da pesquisadora, e sistematização das informações coletadas durante as reuniões multidisciplinares nomeadas para a pesquisa como *conversas sobre a atividade*. Os registros dos grupos são feitos manualmente e trazem informações quanto aos participantes de cada encontro e breves anotações sobre os assuntos discutidos. Embora não tenham sido feitos apontamentos acerca dos encontros desde o início, a memória remete às falas relacionadas aos pacientes e acompanhantes que causavam algum desconforto à equipe, como situações que demandavam atenção e cuidado excessivos pelos quadros de saúde e nos casos em que se tornavam questionadores e queixosos por inúmeros motivos.

Na segunda fase foram realizadas entrevistas individuais com alguns dos profissionais participantes dos grupos, com objetivo de realizar uma reflexão sobre o trabalho em equipe, o trabalho em saúde, a relação saúde e trabalho e as impressões quanto aos encontros com o intuito de estimular transformações e ressignificações dos trabalhadores.

As *conversas sobre a atividade* se caracterizam por serem momentos de diálogo entre os profissionais de diversas disciplinas de modo que estimule o agir de cada profissional individualmente e coletivamente. Aproximam-se de uma ferramenta ergológica denominada Encontros Sobre o Trabalho, que se propõe a facilitar o desenvolvimento da atividade. No caso os encontros acontecem de maneira que “cada grupo reúne as pessoas interessadas nesse vaivém entre conhecimento experiência” (DURRIVE, 2010, p.310). Iniciam-se a partir da problematização da atividade seguem ao intercâmbio de conceitos e saberes e logo há a intercessão de ambos. As conversas, entretanto, estimulam as renormatizações ao promoverem reflexões sobre a atividade embora não sigam os passos descritos.

Conversas sobre a atividade

A primeira conversa aconteceu no dia oito de abril de 2016 com a proposta de que se realizassem semanalmente. Inicialmente com duas pessoas responsáveis pela proposta e após alguns encontros houve a contribuição de outra psicóloga do setor para somar e fazer parte do projeto. O grupo é coordenado pelas três, de modo que é indispensável que ao menos duas de nós estejamos presentes para que as reuniões aconteçam. Identifico como principal dificuldade para manutenção das reuniões a

dependência da coordenação. Tal fato pode significar que apesar de terem sido positivas e muito bem recebidas, não aconteceu a apropriação da atividade pelos profissionais.

Os encontros acontecem às sextas feiras às 11 horas, dia em que todas as coordenadoras estão presentes no setor e em horário que, em geral não interfere na realização das tarefas prescritas na enfermaria e do hospital. Ocorrem na brinquedoteca, local destinado a recreação das crianças e adolescentes durante o período de internação. É um ambiente de fácil acesso, espaçoso e agradável, o que facilita a integração uma vez que não existe área comum destinada à equipe.

A regularidade das atividades é variável, em função de demandas internas e externas ao serviço assim como de férias de uma ou ambas as responsáveis pelos encontros. A participação não varia muito, em parte pelo fato de alguns profissionais, como médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais trabalharem em escalas de fixas semanais, estando presentes praticamente toda semana salvo em situações especiais. Alguns estão presentes em todos os encontros. A equipe de enfermagem funciona em equipes de plantões que se revezam a cada três dias, de modo que a cada semana temos profissionais de enfermagem diferentes, entre técnicos de enfermagem e enfermeiros. Porém, as pessoas que costumam participar em geral, não se modificam.

Os temas são abertos e as reuniões sempre se iniciam com o questionamento quanto à existência de algo para ser falado, dividido, desabafado. Há riqueza de informações e trocas de saberes. Em geral, logo no começo, os assuntos que surgem são os relacionados diretamente aos pacientes e seus tratamentos, seguindo os moldes das reuniões formais. Mas não se fixa nesse ponto. É freqüente o levantamento de questões associadas ao relacionamento entre os pacientes e seus acompanhantes, as dificuldades em lidar com as diversidades e angústias de cada pessoa. Isso acontece principalmente quando se tratam de pacientes provenientes de outros estados do país e configuram o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e que rotineiramente necessitam permanecer internados por períodos prolongados. Os profissionais de modo geral sentem-se muito mobilizados com as relações familiares e pessoais, muitas vezes se espelhando nas situações vividas.

Habitualmente procede-se a recapitulação das questões levantadas nas conversas anteriores de maneira que tenhamos notícias das resoluções ou caminhos seguidos em busca de soluções. Muitas vezes os mesmos questionamentos levantados previamente reaparecem e são novamente discutidas possíveis estratégias para solucioná-los. Em

outras, ocorre comemoração pelas vitórias alcançadas. Porém, a cada encontro novas situações se apresentam e com elas diferentes desafios.

Mapa de participação

Participaram dos encontros profissionais de diferentes categorias. Por não haver regularidade nos encontros por questões alheias a nossa vontade e por não termos iniciado os registros desde o início, possuímos dados de 17 reuniões no período de abril de 2016 a abril de 2017. Houve trabalhadores presentes em praticamente todos, outros participaram em parte deles enquanto alguns tiveram participações únicas. Muitos não participaram.

Tivemos um total de profissionais participantes de 24, sendo seis médicos pediatras, duas psicólogas, sete enfermeiros, uma auxiliar de enfermagem, duas terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, duas assistentes sociais e um médico não pediatra. Desses, dois profissionais participaram da reunião apesar de não fazerem parte da equipe da enfermaria: uma assistente social pertencente a um grupo cirúrgico e um médico cirurgião, ou seja, não pediatra. Isso ocorreu em função de demandas que surgiram nos encontros.

Apresentaremos nos quadros a seguir o número de participantes das *conversas* e a distribuição por categoria profissional a cada encontro.

Quadro 1: Número Absoluto de participantes nas *conversas sobre a atividade* por categoria profissional.

Categorias	Médico Pediatra	Psicóloga	Enfermeiro	Aux. Enfermagem	Fisioterapeuta	Terapeuta ocupacionai	Assistente social	Médico não ped.	Total
Número absoluto	6	2	7	1	3	2	2	1	24

Quadro 2: Número de participantes a cada *conversa sobre a atividade* por categoria profissional:

Categoria/Encontro	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
Médicos (as) Pediatra	3	3	5	4	5	6	3	6	6	5	4	4	5	3	2	4	5
Psicólogos (as)	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2
Enfermeiros (as)	2	1	1	-	1	-	1	1	2	-	3	2	-	2	-	1	
Auxiliares de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	
Fisioterapeutas	1	1	1	-	2	2	1	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-
Terapeutas. Ocupacionais	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-
Assistentes Sociais	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médicos (as) não Pediatras	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	7	8	9	6	10	11	9	9	11	8	8	10	7	8	3	7	7

As Entrevistas

Com o intuito de complementar a pesquisa realizou-se entrevistas individuais com algumas profissionais que participaram dos encontros interdisciplinares. Não foi possível entrevistar todos os participantes por dificuldade em conciliar dia e horário das entrevistas. Além disso, três profissionais desligaram-se do hospital durante o período da investigação e duas foram deslocadas da enfermagem para outro setor do hospital. Seis profissionais foram entrevistadas, todas do sexo feminino: Uma psicóloga, que participou da idealização do grupo, duas médicas, sendo uma delas chefe da equipe médica da pediatria e a outra plantonista, uma enfermeira que assumiu recentemente a subchefia de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e uma fisioterapeuta.

As conversas aconteceram no próprio hospital, algumas na brinquedoteca, local onde ocorrem as *conversas sobre a atividade*, outras em sala destinada a atividades de chefia de pediatria e enfermagem. Todas durante o período de expediente, mas em momentos em que as tarefas já haviam sido realizadas de modo que não houve prejuízo na realização das atividades de trabalho. Foram realizadas a partir de um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), de maneira dialógica, sem rigidez, mas objetivando extrair informações relevantes para responder aos objetivos da pesquisa.

As conversações se deram em duas ocasiões durante o mês de abril. Tiveram duração média de 20 minutos, sendo que houve uma que durou em torno de 6 minutos enquanto outras duas mais de 31 minutos. Avalio que tal diferença tenha ocorrido por inabilidade da pesquisadora nas primeiras entrevistas, com dificuldade em instigar os

profissionais diante de uma resposta pontual. As conversas que se seguiram já ocorreram com maior fluidez.

Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos, com sigilo das informações e da identidade dos participantes, seguindo os critérios estabelecidos pela Resolução do Conselho nacional de Saúde no. 466/12, que define normas e diretrizes para as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). A metodologia de pesquisa não oferece riscos físicos, morais, sociais, intelectuais ou culturais aos participantes, podendo desencadear, entretanto, algum desconforto ou constrangimentos ao serem confrontados com as suas atividades. Da mesma forma não teve a intenção de apontar erros ou criticar a atuação dos profissionais.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ e do INTO, onde foi realizado o estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizado, havendo a autorização voluntária dos participantes, mediante informação sobre os objetivos e métodos do estudo e esclarecimento de eventuais dúvidas (APÊNDICE B). O TCLE foi preenchido em duas vias de modo que pesquisadora e sujeito da pesquisa tenham uma cópia.

7 DIÁLOGOS SOBRE A ATIVIDADE E A POTENCIALIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

Conforme visto anteriormente, o trabalho em saúde envolve uma multiplicidade de questões, pois significa lidar com as potências e fragilidades do ser humano. Ao mesmo tempo em que envolve dor e sofrimento traz a força do enfrentamento e superação. No caso da enfermaria de pediatria do INTO, é evidente a capacidade das crianças de enfrentarem e se reinventarem no processo de adoecimento, recuperação e reabilitação. Entretanto os pacientes e seus acompanhantes trazem fantasias e expectativas ao redor das programações cirúrgicas cercada de ansiedade. Por se tratarem de atenção e cuidado a crianças e adolescentes, pela vulnerabilidade inerente a faixa etária, o profissional de saúde se mobiliza sobremaneira. Os atendimentos multidisciplinares acontecem antes e após o tratamento cirúrgico no período de internação.

7.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMARIA

A enfermaria de pediatria do INTO possui ar condicionado central, que com bastante frequência encontra-se em temperaturas baixas exigindo uso de roupas de frio. O espaço comum consiste em uma sala estreita com cadeiras, uma mesa, três computadores, impressora, armários para arquivamento de documentos e de alguns insumos e escaninho onde ficam guardados os prontuários dos pacientes internados. Esse repartimento se comunica através de uma grande janela com os largos corredores que levam as enfermarias. Existe ainda a sala de medicamentos, reservada ao preparo das medicações, o lactário, onde são preparadas as mamadeiras e o almoxarifado, no qual ficam armazenados os materiais necessários ao cotidiano da enfermaria. Conta também com uma brinquedoteca, uma sala equipada com uma estante de brinquedos, uma bancada com dois computadores, uma mesa de tamanho normal com cadeiras e uma mesa infantil com cadeiras, destinada às crianças e adolescentes. Não existe um espaço de convivência para a equipe. Há, entretanto, um quarto destinado aos plantonistas médicos e um quarto para a enfermagem de todo o andar onde se encontra a enfermaria, localizados do lado de fora do setor. É motivo de queixas continuamente por parte dos trabalhadores.

A equipe é formada por profissionais de diversas categorias, sendo 20 médicos(as) pediatras, incluindo a chefia, rotinas e plantonistas. Os profissionais de

enfermagem somam 27, dos quais 11 enfermeiros(as) e 26 auxiliares de enfermagem. Fazem parte ainda duas fisioterapeutas, duas psicólogas, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e uma pedagoga. E, um auxiliar administrativo que, apesar de não fazer parte da equipe assistencial, exerce função primordial nas questões relacionadas a organização do prontuário, de formulários específicos, nas marcações de consulta, programações relacionadas a transportes entre outros. Demais profissionais de saúde não pertencentes à equipe da enfermagem transitam pelo serviço diariamente, como pessoal da nutrição (copeiras e nutricionistas), maqueiros (responsáveis pelo transporte do paciente no interior do hospital), profissionais do laboratório, médicos(as) ortopedistas e de outras especialidades, médicos(as) residentes, enfermeiros(as) residentes, enfermeiros(as) de outros serviços, estagiários(as). A assistência acontece durante toda a internação antes e após o procedimento cirúrgico.

O cotidiano da enfermagem é variável, pois a cada dia da semana ocorrem cirurgias de um grupo ortopédico específico. No caso da pediatria, o maior volume fica por conta do grupo de ortopedia infantil que opera nas segundas e quartas-feiras. Outros grupos se dividem durante toda a semana. As cirurgias acontecem de segunda a sexta-feira, de modo que as internações se dão em média 24 horas antes do procedimento, sendo em número mais elevado nos domingos e terças-feiras. Nos finais de semana permanecem internados aqueles que aguardam o procedimento cirúrgico e os que necessitem maior atenção no período pós-operatório. A rotina é dividida de modo que cada profissional atua dentro de sua especificidade, solicitando auxílio de outros para efetivar o cuidado quando necessário.

Habitualmente o atendimento de cada profissional da equipe se dá no leito, salvo em situações especiais, quando a atenção psicológica e/ou fisioterápica que exigem deslocamentos pela enfermagem. Alguns pacientes são impedidos de circular pela enfermagem por estarem colonizados por bactérias multirresistentes, ou seja, bactérias que desenvolveram resistência a grande parte dos antibióticos conhecidos. Por colonização entende-se como a presença de tais germes no organismo sem que signifique infecção, logo sem prejuízos para o mesmo. Entretanto, podem representar potenciais agentes de infecção para outros pacientes. Desse modo, ao internar pacientes colonizados é recomendado pela área de infecção hospitalar do INTO que estes permaneçam em precaução de contato durante toda internação. Isso significa que é necessário utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), no caso capotes e luvas, disponibilizados ao lado de cada leito. A indicação quanto à necessidade de precaução é

feita por meio de pulseiras de cor específica, placa informativa acima do leito destinado ao paciente além de sinalização no prontuário do mesmo. A lavagem de mãos, prática recomendada antes e após o atendimento a qualquer paciente é reforçada nesses casos. Entretanto, o assunto colonização se apresenta como mais um desafio, pois além de gerar muitas dúvidas quanto aos riscos, traz uma exigência (uso do EPI) que acaba por distanciar o profissional do usuário.

A equipe médica da pediatria funciona, no decorrer da semana, com pediatras da rotina e pediatras plantonistas e nos finais de semana somente com pediatras plantonistas. Os pacientes internados são avaliados quanto à condição clínica pré ou pós-operatória e as condutas traçadas individualmente pela rotina. Aqueles em pós-operatório imediato são examinados, medicados e permanecem em observação. Já os que chegam de suas residências para internação passam por avaliação quanto à condição clínica pré-operatória para se submeter à cirurgia proposta. Os demais profissionais trabalham em escalas diferenciadas de acordo com a organização da área afim.

A enfermagem é formada por uma equipe de enfermeiros(as) e auxiliares de enfermagem com rotinas de trabalho divididas em diaristas e plantonistas. As escalas de plantão costumavam ser de 12 horas seguidas de folga de 60 horas, mas sofreram recente mudança para escalas de 24 por 120 horas. A atividade de trabalho segue práticas inerentes a cada especificidade. Os(as) auxiliares se dividem entre as atividades de cuidado, ficando alguns(as) encarregados(as) pelas medicações, outras(os) pelo banho, outras(os) por medir os sinais vitais e registrá-los. Os(as) enfermeiros(as) além de procederem à avaliação geral do paciente são responsáveis por alguns procedimentos, como troca de curativos e cateterismo vesical e coordenam a atividade dos(as) auxiliares.

As áreas de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social e pedagogia desempenham suas tarefas de acordo com rotinas próprias de acolhimento e avaliação à internação e cuidados específicos no pós-operatório. Durante a internação mantêm atendimentos diários a cada paciente seguindo as demandas específicas. A psicologia está atenta as questões psicológicas, emocionais e tudo aquilo que envolve estar internado tanto para o acompanhante quanto para o paciente. Em geral as psicólogas se dividem de modo que uma assume o cuidado do paciente e a outra do acompanhante. A fisioterapeuta na grande maioria das vezes responde pela terapia motora de reabilitação já que os pacientes se internam na enfermaria por questões ortopédicas e/ou traumatológicas. Mais raramente são requisitadas para procedimentos

respiratórias. A terapeuta ocupacional se responsabiliza pelo desenvolvimento ou recuperação de suas capacidades diárias. As assistentes sociais, como o nome diz, estão atentas as questões de ordem social, de modo a garantir os direitos daqueles que necessitam internação. A pedagoga contribui na aprendizagem daqueles que internam e, em algumas situações de internações extensas, procede ao ensinamento de acordo com o material disponibilizado pelas escolas.

As relações entre os membros da equipe, em geral acontecem de maneira respeitosa. Apesar da hierarquia e evidentes relações de poder que se estabelecem diante da multidisciplinaridade e da perpetuação do modelo biomédico. Os profissionais da enfermagem se esforçam para estabelecerem diálogos em busca de soluções para as situações que se apresentam. Contudo, o que ocorre na grande maioria das vezes, são discussões pontuais de ordem técnica e prática, sem aprofundamento. Dessa forma, os pacientes muitas vezes são tratados como “casos”, com a atenção e o cuidado focados no motivo da internação, ou seja, fragmentados. Habitualmente as informações circulam via prontuário sem a efetiva troca dialógica. Representando um distanciamento da integralidade.

Logo, a enfermagem de pediatria mesmo composta por uma diversidade de profissionais capacitados, com diferentes formações, trabalhando em prol do cuidado ao usuário internado, revela perceptíveis dificuldades na comunicação intra-equipe. Essas lacunas ainda que frequentemente identificadas pelos próprios profissionais parecem insolúveis, muitas vezes por dificuldades individuais de comunicação, ou pelo excesso de demanda de trabalho. Nesse sentido, se destaca a necessidade de transformações pautadas na comunicabilidade da equipe para que seja possível a efetivação da interdisciplinaridade e do cuidado integral a saúde.

Para além dessa questão intrínseca ao setor, existe a necessidade da equipe da Pediatria se relacionar com diversas outras equipes. Devido à fragmentação organizacional do hospital, os grupos cirúrgicos funcionam cada um com a sua equipe, dificultando as relações entre as equipes. Desse modo, existe dificuldade no acesso aos profissionais pertencentes aos CAEs, para discussão de condutas, dúvidas e esclarecimentos, o que complica a efetivação do cuidado ao usuário. Frequentemente há desencontro das informações dadas aos acompanhantes e à equipe e faltam registros em prontuário. Não é incomum internações serem prolongadas em função de tais contratemplos, o que provoca reclamações por parte dos usuários e sobrecarga para os

trabalhadores. Essas situações interferem no processo de trabalho e causam constrangimentos aos profissionais da enfermagem.

É importante frisar que a enfermagem se torna ainda mais complexa à medida que além de encarar o cuidado do “doente” propriamente dito, é preciso lidar com o binômio paciente-cuidador. As crianças e adolescentes demandam grande atenção. Enquanto as crianças por muitas vezes não compreendem exatamente a necessidade de tratamento, os adolescentes mesmo entendendo, questionam e lamentam a necessidade de internações e procedimentos. Os cuidadores, pais, mães ou familiares, por sua vez, também requerem dedicação. Existe uma demanda por atenção e disponibilidade para as devidas orientações acerca dos procedimentos propostos, e atenção integral para ambos, além do cuidado especializado. Os usuários criam vínculos fortes com a equipe muitas vezes ultrapassando a relação profissional. Isto pode se configurar em fator positivo ao cuidado ou se tornar um problema quando interfere na atividade. Esse limite é bastante tênue.

Outro ponto de tensão se apresenta no programa de tratamento fora do domicílio (TFD) que disponibiliza tratamentos de maior complexidade aos pacientes de outros estados do Brasil onde não há oferta de tais terapias. Nesses casos os pacientes pediátricos internam ao chegar ao município do Rio de Janeiro e aguardam a avaliação ortopédica para definir se há ou não indicação de cirurgia. Nas situações em que não estão indicadas operações, estes retornam para suas residências. Mas, quando o procedimento cirúrgico é necessário, frequentemente permanecem internados por longos períodos gerando enorme ansiedade tanto para o paciente e acompanhante como para a equipe. Nesses casos, as famílias precisam se adaptar, de certa forma, a uma residência temporária, a uma nova vizinhança, a novos costumes de linguagem e alimentação além da saudade dos que ficaram e de seus cotidianos. E os trabalhadores ao entrarem em contato com essas questões também sofrem. Precisam compreender a situação do outro que inevitavelmente o culpa por estar ali ao mesmo tempo em que se colocam na situação inversa, como que se assumissem o lugar daqueles de quem cuidam.

A enfermagem de pediatria funciona em um espaço reservado, separado das demais enfermarias, representando uma pequena parcela do universo do INTO. É constituída por uma equipe multidisciplinar que se empenha na atenção e no cuidado ao paciente pediátrico, o que exige trocas entre os diversos profissionais.

Contudo, nem sempre as relações interprofissionais se dão de maneira dialógica e solidária, o que faz com que haja prejuízos para o cuidado. São muitas as situações que causam conflitos, desconforto e dificuldades para os trabalhadores da enfermagem, interferindo na realização das atividades e conseqüentemente na atenção, assim como na saúde dos próprios trabalhadores. Por isso, com o intuito de melhorar o diálogo, estimular o agir de cada profissional, fortalecer o trabalho em equipe e assim buscar os caminhos para o ato de cuidar, propusemos, há cerca de um ano, as reuniões da equipe multidisciplinar, a que nomeamos na pesquisa *Conversas sobre a atividade*.

7.2 CONVERSAS SOBRE A ATIVIDADE

O início das *conversas sobre a atividade* foi marcado por entusiasmo das idealizadoras e de parte da equipe, embora a adesão não tenha sido muito grande. No decorrer do tempo essas reuniões foram tendo maior adesão e tem contado com a participação de diferentes profissionais. Os registros das discussões foram realizados manualmente em folhas soltas para posterior armazenamento, com dados sobre os participantes de cada encontro e os principais assuntos relatados.

Embora não tenham sido feitos apontamentos acerca dos encontros desde o início, a memória remete às falas relacionadas aos pacientes e acompanhantes que causavam algum desconforto à equipe, como situações que demandavam atenção e cuidado excessivos pelos quadros de saúde e nos casos em que se tornavam questionadores e queixosos por inúmeros motivos, em geral relacionados aos TFD. Outras se pautavam nas dificuldades de comunicação com os CAEs, divergências com o CTIP e preocupações com o desrespeito a precaução de contato e insalubridade.

Apresentaremos a seguir os relatos relacionados a situações dos usuários que ocuparam predominantemente as conversas ou impactaram a equipe de maneira particular. Em seguida traremos os temas não direcionados aos usuários, mas que freqüentemente fizeram parte das reuniões. Serão expostos três assuntos referentes aos pacientes e quatro pontos recorrentes que sensibilizaram os profissionais por diferentes motivos. Algumas passagens ficaram marcadas pela complexidade e mobilização da equipe.

Iniciaremos os relatos por uma paciente que foi foco de discussão em diversos encontros. Além de ter provocado um aumento do trabalho propriamente dito, exigiu da equipe que entrasse em contato com suas limitações e buscasse instrumentos para dar conta das situações que apareceram. Foi uma situação emblemática, pois a partir do

incômodo dos profissionais, perceptível durante as conversas, pudemos nos mobilizar enquanto equipe de modo que todos se empenharam na resolução dos impasses existentes. Tratava-se de adolescente de 16 anos, do sexo feminino, moradora da região Norte do Brasil, que necessitou internação no INTO após intercorrências no ato cirúrgico. Precisou permanecer internada por muitos meses, em decorrência do quadro clínico, sempre em companhia da responsável, sua avó. Discutiremos as dificuldades da equipe em lidar com todo o contexto ao ter que manusear os conflitos existentes entre a paciente e a cuidadora, a paciente e os profissionais envolvidos no cuidado assim como entre a cuidadora e os profissionais de saúde, o poder de reinvenção e de recriação da atividade.

O segundo caso que fez parte de nossas conversas repetidamente foi o de um menino de 14 anos que necessitou cirurgia após sofrer trauma na coluna enquanto trabalhava para ajudar no orçamento de casa. O adolescente apresentou comprometimento do sistema nervoso abaixo do nível da lesão permanecendo com paralisia dos membros inferiores e incontinência urinária e fecal. O caso repercutiu na equipe tanto pela circunstância em si como pela negação, ou seja, a não aceitação da condição clínica adquirida. Houve comoção da equipe diante da situação com grande dificuldade em lidar com o contexto, de modo que recebeu alta precocemente. A percepção da antecipação foi possível durante os espaços de conversa, após necessidade de re-internação em curto espaço de tempo. Dessa forma, as reuniões permitiram a reflexão quanto às condutas traçadas e a mudança da programação terapêutica. Logo as discussões serão feitas levando em consideração a idéia de que a atividade de trabalho é permeada de renormatizações.

O último foi uma história que sensibilizou a equipe foi a de uma paciente, também adolescente, de 12 anos com malformação óssea em um dos membros. A menina, procedente de um estado do Nordeste do país, nasceu com um dos membros inferiores mais curto do que o outro. Já havia sofrido inúmeras abordagens cirúrgicas para melhorar o seu quadro sem sucesso e via no INTO a última esperança de resolução da condição. Porém, pela avaliação do médico cirurgião a única possibilidade de tratamento seria a retirada do membro afetado, ou seja, a amputação. A notícia repercutiu negativamente tanto na paciente como na equipe, que trouxe para discussão o tema sobre a autonomia do paciente sobre a conduta médica. No caso exposto, a paciente e sua família não concordaram com o procedimento. Nesse caso faz-se a

reflexão quanto ao modelo biomédico e o poder do médico e o modo com que as decisões biológicas se sobrepõem às demais questões envolvidas na saúde.

Situações dos usuários

1) Paciente X

A paciente X, de 16 anos, moradora do Norte do país, realizou cirurgia da coluna para correção de deformidade. Porém, apresentou complicações pós-operatórias necessitando internação no CTIP do INTO. Permaneceu no CTIP por vários meses até melhora de suas condições e transferência para a enfermaria de pediatria. No decorrer da internação, precisou passar por inúmeros procedimentos médicos desde múltiplos esquemas de antibióticos a tratamentos invasivos como o uso de ventilação mecânica e a instalação de traqueostomia para facilitar sua respiração.

Antes mesmo de sua chegada a enfermaria, havia um sentimento de ansiedade e descontentamento. A entrada na enfermaria foi cercada de questionamentos e a reação inicial foi unânime: “não é uma paciente de enfermaria”. Primeiro, sua idade ultrapassava a faixa etária adotada para a Pediatria na ocasião. Segundo, tratava-se de uma paciente que requeria cuidados além dos habituais ao setor. Uma adolescente com uma infinidade de comorbidades que exigiriam dos profissionais conhecimento e treinamento que até então não possuíam. Representava o aumento do trabalho diário para a equipe de enfermagem por carecer de cuidados regulares no decorrer do dia: possuía cânula de traqueostomia precisando de aspirações de vias aéreas superiores freqüentemente e por vezes auxílio ventilatório e bexiga neurogênica com necessidade de cateterismos vesicais regulares. Impõe-se a necessidade de renormatizar. Ao se deparar com novos desafios, os trabalhadores sentem-se acuados e precisam reaprender, reinventar a atividade de modo que seja possível sua realização (Schwartz, 2006).

Demandava ainda um envolvimento emocional por toda sua história. A menina saiu de sua cidade natal em companhia de sua avó seis meses antes, precisou passar por inúmeros procedimentos e já estava internada há muitos meses. Era nítido o incomodo e a preocupação com o fato de que a internação se estendesse ainda mais. Assim como era evidente o envolvimento de cada membro da equipe com a história daquela família, como se cada um se colocasse no lugar da adolescente e/ou de sua avó. As falas se misturavam. Desde especulações quanto aos motivos que levaram a complicação

operatória, lamento pelo tempo de internação e afastamento da residência, preocupações com o emprego da avó, os estudos da menina até saudades da terra natal.

Os profissionais da enfermagem motivados por todas as questões e percebendo a recuperação da paciente durante a internação, passaram a acreditar na possibilidade de alta hospitalar. Os esforços foram muitos, de cada profissional envolvido. Os estímulos para a ação eram concretos, havia uma prescrição a ser seguida, ou seja, tarefas a serem cumpridas por cada um. Necessitava-se treinar a avó a fim de possibilitar os cuidados básicos fundamentais, e a equipe de enfermagem foi persistente. Precisou insistir na importância de tal aprendizagem apesar de muita resistência por parte da responsável. A avó, de personalidade introspectiva, além de ter tido dificuldade em compreender o quadro clínico atual, receava falhar no cuidado a sua neta. Por isso relutava aos ensinamentos. Essas dificuldades foram discutidas durante as conversas e traçados planos em equipe. Procedeu-se uma maior aproximação de cada profissional, de modo a ganhar segurança. Aos poucos, a resistência foi diminuindo, e o treinamento efetivado. Houve, portanto uma ação coletiva dos membros da equipe que envolveu as renormatizações a partir dos conhecimentos técnicos e subjetivos (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

Ao mesmo tempo a equipe de fisioterapia trabalhou exaustivamente na terapia respiratória e motora para minimizar os déficits adquiridos. A força foi recuperada em parte nos membros superiores e a respiração foi tornando espontânea e cada vez menos dependente de suporte. As terapeutas ocupacionais atuaram de maneira a incentivar a autonomia da jovem, de modo que pudesse, por exemplo, alimentar-se e pentear-se sozinha. Dar conta minimamente de seus cuidados foi uma grande conquista, para a equipe e especialmente para a adolescente. Cada êxito alcançado era comemorado por toda a equipe, e a satisfação era nítida em cada pessoa envolvida no processo. O prazer em trabalhar e ver o resultado do trabalho se mostrou um incentivo para o dia a dia.

A equipe médica pediátrica, responsável pela avaliação e cuidado clínico da mesma, insistiu na resolução das complicações inerentes a internação prolongada e na manutenção da estabilidade clínica que possibilitasse a alta e o retorno para casa. Dentre os maiores desafios, estava uma conduta médica delicada, a decanulação, ou seja, a retirada da cânula de traqueostomia. Durante meses a traqueostomia foi tida como indispensável à vida da adolescente, do ponto de vista respiratório, e, portanto retirá-la causava uma enorme apreensão. Foram inúmeras consultas e reavaliações com

profissionais especializados na área sempre insistindo que a decisão deveria visar uma melhor qualidade de vida sem que significasse risco de vida. Sucederam trocas sucessivas das cânulas até que finalmente foi possível a remoção definitiva com algum desconforto inicial, mas seguida de uma ótima adaptação.

O serviço social auxiliou nas questões sociais da avó da paciente, permanecendo presente nas orientações e resoluções pertinentes quanto ao vínculo de trabalho da mesma. Foi essencial ainda no estabelecimento dos contatos com as instituições da cidade natal e com os familiares de modo a viabilizar os cuidados e insumos necessários no retorno para sua residência. Desse modo garantiu que a atenção integral fosse continuada no estado de origem.

Mesmo diante das muitas dificuldades para o desfecho do caso, todos os profissionais que se envolveram no processo se dedicaram, com enorme comoção e comprometimento e inevitável implicação emocional. Ao todo foram mais de 365 dias de internação, sendo pelo menos seis meses na enfermaria. Mas ao final houve uma sensação de dever cumprido por parte de toda a equipe. A satisfação profissional e pessoal de conseguir desenvolver um bom trabalho, com parceria e empenho de todos permitiu maior agregação da equipe e deu sentido ao trabalho. O sentido da atividade entendido como “a relação de valor que o sujeito instaura entre essa ação e as outras ações possíveis” (CLOT, 2010). Dessa maneira é possível evidenciar a função psicológica do trabalho.

As *conversas sobre a atividade* foram fundamentais nesse caso. A possibilidade de discussão dos impasses envolvidos na situação, com ciência de todos os profissionais envolvidos no cuidado da paciente fez com que dividissem a responsabilidade pelo desfecho. Portanto, cada um se empenhou na solução dos problemas dentro de sua área de conhecimento, assim como na cobrança e verificação das pendências. A existência das *conversas* facilitou a disseminação das informações, serviu de estímulo e suporte aos profissionais e fortaleceu o sentimento de equipe. Ou seja, ao funcionar como dispositivo de troca, trouxe sentido para cada profissional agir em sua atividade. Munidos de apoio técnico de todas as disciplinas e emocional pelo fortalecimento das relações intersubjetivas, o coletivo se fez potente.

Paciente Y

O paciente Y, de 14 anos, morador do Rio de Janeiro, sofreu uma lesão da coluna que levou ao comprometimento irreversível da medula enquanto trabalhava para

ajudar a família que vivia com dificuldades. Foi submetido a procedimento cirúrgico sem resolução do quadro, fazendo com que perdesse o movimento dos membros inferiores e o controle dos esfíncteres que regulam as fezes e a urina. Apesar da comprovada recém adquirida condição, o menino insistia em afirmar que mantinha o controle de suas funções. Recusava-se a realizar as terapias necessárias e assumia postura de normalidade. O rapaz aparentava uma maturidade inesperada pela idade e pelo contexto em que se encontrava. Era uma situação que gerava ansiedade, frustração e desgaste para todos da equipe. E, portanto demandava que os trabalhadores reinventassem a todo o tempo a sua atividade. Embora o trabalho real exija renormatizações constantes, existem situações que demandam maior criatividade para dar conta da atividade (BRITO et al, 2011).

Nesse caso, precisávamos buscar estratégias para o cuidado daquele adolescente e as *conversas sobre a atividade* permitiram a troca de experiência e divisão da angustia vivida por cada um em prol daquele objetivo. Diante do quadro, e após algumas conversas, o grupo cirúrgico foi acessado para que pudessem avaliar a real condição clínica. Havia a esperança de que pudesse recuperar suas funções, e, a avaliação subjetiva da sensibilidade se mostrou positiva, ou seja, ele afirmava sentir os estímulos sensitivos. Diante de tal avaliação, houve uma mobilização, cada um se responsabilizou pela sua área de competência otimizando os esforços para que fosse possível agilizar a alta. E assim foi feito.

Porém, embora tenha havido todo o preparo e conscientização do adolescente e dos familiares, os cuidados na residência não seguiram as orientações da equipe. Após algumas semanas foi necessária re-internação para cuidar de patologias adquiridas no pós-operatório: o paciente apresentava uma lesão de pele decorrente da pressão do corpo sob a cadeira de rodas e havia desenvolvido uma infecção urinária. Ambas as alterações foram decorrentes das seqüelas da lesão medular, que diminuem a sensibilidade e interferem no controle dos esfíncteres. Nas conversas que se seguiram foram levantadas as possíveis falhas cometidas pela equipe. Os questionamentos surgiam não em tom de cobrança, mas de revisão e tentativa de aprimoramento. Houve o reconhecimento de que de maneira geral, a equipe havia feito escolhas equivocadas levando em consideração os fatores sociais e emocionais e negligenciado os fatores biológicos. Naquele momento a equipe concluiu que a alta hospitalar havia sido precoce e a reflexão fez com que repensássemos as estratégias. Durante as conversas sobre a atividade todos os profissionais foram levados a refletir sobre suas atividades, de

maneira a compreender o que havia acontecido durante o processo de trabalho para fazer as transformações necessárias (SCHWARTZ, 2003).

A segunda internação foi ainda mais delicada. Ao retornar o paciente se mostrou enorme frustração uma resistência ainda maior ao tratamento. Nitidamente as orientações dadas a ele e sua família não tinham sido incorporadas como a equipe esperava. Constatou-se que os cuidados relacionados às mudanças de decúbito e cateterismo não estavam sendo realizados conforme orientações passadas na internação anterior e que além de não haver compreensão dos riscos, existia a esperança de reversão do quadro. Mais uma vez durante as conversas a equipe admitiu ter se equivocado na avaliação. Mesmo que tenha havido a aprendizagem dos procedimentos na prática, não houve a absorção da condição adquirida. Portanto, para além dos ensinamentos técnicos, a família precisava de cuidado integral, da soma dos olhares de toda a equipe.

Partiu-se então para uma reformulação do planejamento terapêutico. Compreendendo que o fator emocional configurava-se no elemento principal para que houvesse uma mudança de comportamento frente aos seus cuidados, efetuou-se um trabalho em equipe com esse foco. A psicologia foi a mais requisitada, mas as diversas áreas de conhecimento atuaram com esse intuito. Nesse momento ficou evidente a força da equipe e a importância da comunicação entre as diferentes disciplinas. Mais uma vez a realização das *conversas sobre a atividade* mostrou sua potência ao favorecer a interdisciplinaridade, provocar reflexões quanto ao processo de trabalho e assim ampliar o poder de agir dos trabalhadores. A possibilidade dos trabalhadores atingirem suas metas, individual e coletivamente, possibilita o desenvolvimento do poder de agir (CLOT, 2010). A inexistência desse espaço de troca dificulta que se enxergue a amplitude das situações ao limitar a relação dialógica entre as disciplinas.

Também como resultado das *conversas*, procedeu-se a movimentação da equipe cirúrgica para que auxiliasse nas explicações técnicas relacionadas ao procedimento cirúrgico e aos déficits contraídos. O entendimento do que se passava e das novas necessidades era essencial para que o paciente se cuidasse corretamente, já que mantinha autonomia razoável. Ao mesmo tempo os familiares foram treinados para os cuidados diários necessários na residência, mediante explicações de tudo que estava envolvido.

A atuação da equipe se encerra nesse momento sem a certeza de que tenha havido a apreensão do que foi ensinado. Ou seja, pela impossibilidade de garantia

quanto à eficácia dos ensinamentos há ocorre uma atividade interrompida ou contrariada, que poderia se configurar na amputação do poder de agir individual. Segundo Clot (2006) o sofrimento do ponto de vista da atividade pode advir dessa interferência. Entretanto a existência das *conversas sobre a atividade* possibilitou a ampliação do poder de agir do coletivo. Foi realizado um trabalho “reconhecido individual e coletivamente, sintonizado com uma história profissional que se persegue e pela qual cada um se sente responsável” (CLOT, 2006). Houve, portanto, a divisão da responsabilidade.

Após o tratamento das condições que levaram a re-internação e do trabalho em equipe em cima das questões referentes aos cuidados necessários para evitar complicações, o adolescente foi liberado para casa. Dessa vez foram acionadas as áreas de reabilitação e de atendimento domiciliar do hospital para darem os suportes necessários. O caso se configurou um grande aprendizado para a equipe com estímulo a interdisciplinaridade e fortalecimento do coletivo favorecendo o poder de agir do coletivo.

2) Paciente Z

Alguns procedimentos que costumam instigar os profissionais da equipe são os invasivos e/ou mutilantes. Há situações em que a alteração ortopédica exige tratamento radical por não possibilitar a conservação do membro atingido, como no caso de algumas malformações ou de doenças tumorais, sejam benignas ou malignas. Portanto não é incomum crianças e/ou adolescentes com quadros de câncer ósseo ou malformações ósseas com indicação de desarticulação ou amputação de membros ou parte deles. Tais procedimentos causam grande comoção por parte de todos, desde o portador da doença até os familiares e os profissionais que prestam o cuidado. Nesses casos é necessário um trabalho exaustivo de preparo, conscientização, e, sobretudo de escuta desses pacientes.

O assunto foi tema de uma das reuniões em função de uma situação peculiar que a equipe vivenciou. Uma paciente adolescente de 12 anos, também proveniente de outro estado do país, internou em companhia de sua mãe com a promessa de resolução de seu quadro ortopédico. Havia nascido com má formação óssea em um dos membros inferiores e sofrido uma infinidade de procedimentos cirúrgicos até ser encaminhada ao INTO. A expectativa de ter seu problema resolvido era imensa e havia se espalhado pela equipe até que ser avaliada pela equipe cirúrgica.

Para surpresa de todos, segundo o parecer do cirurgião o tratamento indicado seria a amputação daquele membro. O exame da paciente foi realizado durante visita a enfermaria, seguido imediatamente da exposição da indicação cirúrgica. Inicialmente o cirurgião foi categórico na indicação, afirmando ser a única possibilidade de melhorar a qualidade de vida da paciente e alegando que a não realização do procedimento adiaria a resolução da vida da menina, em tom de culpabilização da mãe. A família sentiu-se extremamente intimidada, mas não recuou na negação da cirurgia. A mãe alegava dentre outras coisas, o fato de serem de outro estado e não querer a responsabilidade pela decisão sem o consentimento de outros membros da família. Além de precisar lidar com a decepção frente à esperança de ter o membro consertado. Havia sentimento de frustração e tristeza.

Segundo informações divididas na conversa daquela semana, a notícia foi dada sem cuidado. Houve relato de que o especialista havia examinado e prontamente verbalizada a conduta, sem sequer conversar. Alguns membros da equipe lamentaram não somente a prescrição, mas a maneira com que o assunto havia sido tratado. Consideraram que houve descaso quanto aos sentimentos envolvidos naquele processo, com exacerbação do biológico e técnico em detrimento do psicológico.

Tal episódio trouxe para o debate o poder de decisão do profissional de saúde e a autonomia do sujeito para aceitar ou não a prescrição. Foi unânime entre os membros da equipe a crítica, não a conduta, já que se trata de uma expertise específica, mas a maneira com que o assunto foi abordado. Essa é uma situação que se repete em diferentes graus de complexidade dentre os médicos principalmente e precisa ser mais discutido. No caso, a equipe se mobilizou a favor da mãe e intercedeu diante da equipe cirúrgica que concordou em cancelar a conduta. A adolescente e sua mãe retornaram ao estado de origem.

Evidenciou-se o fortalecimento da equipe para se colocar diante da imposição de uma conduta tão delicada. A atividade coletiva, quando se desenvolve com motivação e atinge os objetivos é passível de produzir aumento do poder de agir dos coletivos. “Nesse caso, as emoções e as cognições constituem recursos do desenvolvimento. Elas podem, inclusive, ser levadas a se cultivarem no *sentimento* de viver a mesma história, tão estruturante em um meio profissional” (CLOT, 2010, p.9). Em função da impotência individual em interferir na situação, diante do forte poder da especialidade, o coletivo a partir da união de saberes foi capaz de contornar a situação. A equipe trabalhou individual e coletivamente com um objetivo comum.

Temas

O primeiro tema a ser abordado abrange questões relacionadas aos riscos biológicos inerentes à saúde dos trabalhadores como colonizações por germes multirresistentes, que geram muita polêmica e o adicional de insalubridade. A insalubridade pode ser definida como a exposição do trabalhador a determinados agentes físicos, químicos ou biológicos potencialmente prejudiciais a saúde, de acordo com limites de segurança pré-estabelecidos. Portanto, os profissionais que exercem suas atividades no hospital por estarem expostos a agentes biológicos recebem o adicional de insalubridade. Trata-se de benefício adquirido pelo trabalhador que entra em contato com potenciais riscos a sua saúde em decorrências da atividade profissional definido através da CLT.

Desse modo, outra situação de conflito apareceu quando houve uma decisão por parte da área de saúde do trabalhador (ARSAT) do hospital em suspender o adicional de insalubridade da equipe de psicologia. A equipe de psicologia, a partir do parecer, havia decidido não atender os pacientes em precaução de contato alegando estarem sob risco de contaminação. A notícia foi recebida com surpresa por todos os profissionais, e produziu movimentação de todos no sentido de encontrar meios de impedir que fosse adiante. Houve discordância quanto ao entendimento da ARSAT que, ao suspender o benefício, alegou que a categoria não tem contato direto com o paciente. Houve um misto de indignação, solidariedade e preocupação. Aqui ficou evidente o efeito das conversas em criar vínculos entre a equipe.

Na sequência apresentaremos o tópico que se configura num dos maiores impasses do período de internação. A presença do responsável durante a internação é importante para recuperação da criança ou adolescente assim como um direito adquirido por lei. Porém, a presença do acompanhante seja pai, mãe, avó ou qualquer outro cuidador, se configura uma dificuldade no atendimento dos pacientes pediátricos, no que tange a realização da atividade. Na prática, a atenção e o cuidado precisam ser dispensados a ambos. Quando há internação de pacientes TFD que frequentemente permanecem internados por longos períodos, a presença dos acompanhantes redobra o trabalho, o que exige mais dos trabalhadores. Portanto, diante das constantes reclamações acerca do assunto e das adversidades apresentadas, pudemos aferir que a compreensão dos contextos e a troca dos sentimentos de angústia pelos profissionais favoreceram a atividade.

Logo, as dificuldades de relação inter equipes, ou seja, os problemas de comunicação com outros setores do hospital. Os CAEs, como já comentado, são os grupos cirúrgicos formados pelos cirurgiões especializados, enfermeiros, assistente social, psicóloga e secretaria. Mas, como o hospital possui programa de residência médica em ortopedia, existem os médicos residentes que a cada dois meses fazem parte de um desses grupos, assumindo o papel de interlocutor entre as equipes. Isso é uma questão problemática, pois interfere na troca de informações e registros sobre cada paciente e conseqüentemente no atendimento da equipe da enfermaria. O assunto frequentemente aparece algumas sugestões também apresentadas. Nas conversas foi possível motivar cada profissional na busca por mudanças, e vem sendo realizados contatos paralelos, mas que já vem surtindo efeito.

Riscos

Um tema bastante freqüente nas reuniões é a colonização. Trata-se da presença de bactérias multirresistentes no corpo das pessoas sem que signifique infecção. Alguns pacientes após permanecerem internados por longos períodos adquirem tais bactérias em seu organismo, e apesar de não causarem prejuízos para o mesmo, podem significar potenciais agentes de infecção em outros pacientes. Desse modo, ao internar pacientes colonizados é recomendado pela área de infecção hospitalar (AINFH) do INTO que estes permaneçam em precaução de contato durante toda internação. Isso significa que é necessário utilizar capotes e luvas, disponibilizados ao lado de cada leito.

Este é um assunto que gera dúvidas e conflitos pelo desconhecimento. O enfrentamento se apresenta, pois há enorme dificuldade de aceitação tanto por parte dos pacientes e familiares como dos próprios profissionais que prestam o cuidado. Apesar de exaustivas conversas e esclarecimentos a respeito, não há o entendimento quanto à importância e obrigatoriedade do uso de tais equipamentos. Portanto existe o risco de contaminação por descumprimento da orientação de precaução de contato. Esse é um ponto que de certa forma preocupa os trabalhadores da enfermaria.

Logo, é comum aparecerem queixas durante as reuniões quanto ao desrespeito a essa norma por muitos profissionais e acompanhantes. Os trabalhadores sentem-se desapontados pela dificuldade em convencer quanto à necessidade de tais recomendações. Além de temerem serem contaminados pelos agentes infecciosos. Para dar conta de tal questão conversas informais exaustivas se repetem e ações por parte da AINFH.

Porém ainda são frequentes as situações em que o desconforto se apresenta entre os profissionais, pois apesar da prescrição de manter crianças isoladas do contato com as outras, não se configura tarefa fácil. Nas *conversas* tais questões são trazidas sem uma solução efetiva. A importância da norma é compreendida, mas no contexto em que se dá o trabalho da enfermagem é sabido que o descumprimento é quase inevitável. Os trabalhadores se deparam com um debate de normas e valores. Apesar da prescrição do uso dos EPI e do reconhecimento dos riscos, os profissionais se encontram diante de crianças e adolescentes com os quais necessitam interagir, que demandam carinho e atenção, muitas vezes por meio de abraços. Na distância entre o que precisa ser feito e o que efetivamente acontece existem questões que mobilizam o trabalhador para além da tarefa (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

Em função do risco existente, o trabalho no hospital se configura em ambiente insalubre. Dessa forma, outra situação de conflito apareceu quando houve uma decisão por parte da área de saúde do trabalhador do hospital em suspender o adicional de insalubridade da equipe de psicologia. A justificativa baseou-se no fato de que o atendimento psicológico não exige contato direto com o usuário não se configurando exposição a risco. Tal alegação gerou polemica, uma vez que se tratando de consultas de psicologia na beira do leito, o contato é inevitável. E pelo fato de que os demais profissionais continuarem recebendo o benefício. Ao mesmo tempo em que há a solidariedade, fica implícito certo medo dos demais profissionais em também perder o direito.

A equipe discordou da decisão, e, após discussão no grupo, cada área se mobilizou com suas chefias para reforçar a importância da psicologia hospitalar assim como questionar a retirada do benefício. A equipe de psicologia, por sua vez, como maneira de se proteger, passou a restringir os atendimentos à beira do leito, sobretudo de pacientes em precaução de contato. Houve reclamações de diferentes setores, principalmente do CTI. A questão foi levada para instâncias superiores do hospital, mas continua indefinida.

Essa situação traz à luz a relação entre saúde e trabalho. A determinação da ARSAT, a nosso ver, partiu de informações baseadas em normas antecedentes aceitas a priori, sem efetiva averiguação da atividade real dos psicólogos no hospital. O trabalho do psicólogo hospitalar é obrigatoriamente a beira do leito, ou seja, há contato direto com os usuários atendidos. Os sujeitos internados encontram-se fragilizados, carentes e demandam uma atenção que exige dos trabalhadores grande mobilização. Portanto,

levando-se em consideração os riscos iminentes de contaminação e a exigência do trabalho, a perda do benefício se configura em um fator que funciona como um atenuador do poder de agir. Uma vez que o profissional é obrigado a trabalhar mediante condições que lhe angustiam, sem possibilidades de modificar tal situação poderíamos falar na existência de um trabalho contrariado ou impedido (CLOT, 2010)

Partindo-se do pressuposto que para realizar sua atividade o trabalhador precisa lidar a todo tempo com impasses e imprevistos. E que, para superá-los necessita de recursos que se não são alcançados o colocam em situação de atividade impedida ou contrariada, e em geral leva a sofrimento e desgaste. Para que o trabalho tenha a capacidade de produzir saúde é necessário que a atividade aconteça e que haja a ampliação do poder de agir.

Acompanhantes TFD

As crianças e adolescentes participantes do programa de Tratamento fora do domicílio (TFD) costumam exigir bastante da equipe, pois permanecem internados comumente por tempo prolongado. Entretanto, a sobrecarga maior, sobretudo emocional, vem dos acompanhantes desses pacientes, que embora não sejam objetos do cuidado no sentido estrito, tornam-se sujeitos demandantes diante da internação. Pela convivência diária, as relações estabelecidas com os profissionais responsáveis pelo cuidado produzem sentimentos diversos e criação de vínculos, empatias e antipatias. Há, portanto, a necessidade desse trabalhador recriar sua atividade para dar conta dessas situações.

Considerando que essas pessoas afastam-se de suas residências, seus empregos, suas famílias, para entrar em contato com um ambiente novo, diverso de sua realidade cultural e investem na esperança de resolver seus problemas. Trazem fantasias, medos e inseguranças associados as suas vivências. Encontram uma enfermaria com outras crianças e/ou adolescentes com distúrbios semelhantes, mas com singularidades e familiares e/ou acompanhantes com historias de vida particulares. Profissionais de saúde dispostos ao cuidado, mas que também carregam sua subjetividade no processo de trabalho. E, no entanto, precisam se adaptar a essa circunstância, mesmo que temporária, em prol de uma expectativa. São sujeitos que trazem consigo uma carga emocional imensa.

Tais cenários se repetem no cotidiano da enfermaria. E com eles o desafio da equipe em lidar com as complexidades envolvidas em cada caso. Abrem-se, porém as

possibilidades de transformar em algo novo a dificuldade de enfrentá-las. De minimizar a angústia dos objetos do cuidado a partir da atenção e cuidado somados a solidariedade e compaixão. Logo, representam momentos peculiares de utilização da subjetividade e criatividade de cada profissional na solução dos impasses.

Então, embora sejam reclamações comuns, a presença dos acompanhantes TFD estimula o profissional a praticar a capacidade de se reinventar. Alguns profissionais levantaram a proposta de reuniões de acompanhantes com a equipe, mas a idéia não se estabeleceu efetivamente. E, para surpresa da equipe foi evidenciado que um grupo de acompanhantes TFD estaria se mobilizando para dar apoio umas as outras. Por iniciativa das próprias mães, reuniam-se trazendo angústias e trocando experiências em espaços comuns da enfermaria, dessa forma amenizando as aflições. A informação motivou os profissionais acreditando que a existência de tais encontros teria a capacidade de diminuir as carências a partir da interação.

Há investimento dos profissionais de saúde para que seja possível minimizar as angústias geradas pela convivência constante com os acompanhantes. As formas de enfrentamento são diversas. Alguns se distanciam comprometendo-se com outros pacientes ou atividades, outros se envolvem de maneira intensa criando vínculos de amizade e assumindo papéis diferentes dos exigidos por seu ofício. A atividade de cuidar envolve sentimentos e relações intersubjetivas de grande intensidade e que mobilizam a todo tempo o profissional a buscar estratégias para dar conta do prescrito.

Comunicação

A dificuldade de comunicação entre a equipe da enfermaria e algumas equipes com as quais se relaciona é uma questão que aparece nas *conversas sobre a atividade* com regularidade. São situações que acontecem no dia a dia da enfermaria gerando inquietação nos profissionais interferindo na atividade de trabalho. Existe um distanciamento da equipe pediátrica das equipes dos Centros de Atendimento Especializado (CAE).

A pediatria atende praticamente todos os CAEs. Os pacientes internam na enfermaria para realização de cirurgia, de acordo com a indicação de cada um deles. Permanecem sob cuidados da equipe da enfermaria de pediatria, porém sob responsabilidade efetiva do cirurgião, que comparece a enfermaria eventualmente. Por sermos uma espécie de setor de apoio ao procedimento cirúrgico, dependemos das equipes dos CAEs para definir condutas e resolver situações relativas a altas. A

comunicação entre a equipe da enfermagem e os grupos cirúrgicos, especialmente com o cirurgião, costuma ser difícil, o que atrasa a definição das condutas, indicações de tratamentos clínicos e complementares assim como de condições e efetivação de alta hospitalar. Em geral, o médico residente fica responsável por essa intermediação, mas sem autonomia para tomar decisões, o que gera impasses e dúvidas.

Para solucionar tais entraves, depois de repetidas sinalizações durante as *conversas*, as críticas foram levadas aos responsáveis pelas equipes cirúrgicas de modo a incentivar a mudança de postura. Houve sucesso com relação às dificuldades existentes com um dos grupos cirúrgicos. O cirurgião foi convidado a participar da reunião, onde foram expostos os problemas identificados na relação entre a equipe da enfermagem e a equipe cirúrgica, como a dificuldade em acessar os médicos residentes e estagiários e o quanto interferia no cuidado ao paciente.

Nesse caso, houve uma boa receptividade das críticas, com escuta respeitosa e reconhecimento de alguns pontos. Aproveitou-se para trocar informações referentes aos procedimentos a título de curiosidade assim como ficou aberto o canal de comunicação via telefone pessoal. Logo, a sinalização foi aceita e houve o comprometimento do profissional em resolver os impasses. Desde então houve maior aproximação com o grupo em questão de modo que todos os problemas são resolvidos sem maiores problemas.

Com outros CAEs a aproximação se deu através de iniciativas pontuais de profissionais que assumiram o papel da intermediação. Entretanto, ainda existem entraves com certos grupos. Nesse caso ficou evidente o quanto a fragmentação dificulta a troca de informações da mesma forma que a melhoria da comunicação é capaz de se contrapor a ela.

A supervalorização do biológico e das tecnologias em saúde fica evidente. O poder médico se impõe com a justificativa de que possuem o dom de curar e salvar (CECÍLIO, 1999). Os procedimentos cirúrgicos se destacam e os demais atendimentos são freqüentemente tratados como se fossem desnecessários, com prejuízos ao cuidado. Portanto a existência das *conversas* permite que se afirme a importância das demais categorias profissionais e especialidades médicas não cirúrgicas.

7.3 DIALOGANDO COM OS PROFISSIONAIS

Foram realizadas seis entrevistas, todas baseadas em um roteiro, de maneira dialógica e sem rigidez. Iniciaram-se com a aproximação das profissionais ao trabalho

no INTO, a partir da pergunta: “Por que trabalhar no INTO?”. Dessa forma induzindo que cada uma se voltasse para a sua atividade na enfermagem. Foi interessante perceber o sentimento de pertencimento de cada uma à enfermagem. Em seguida foram levadas a refletir sobre as motivações e os desafios enfrentados no processo de trabalho, acreditando ser possível ampliar os seus para a ação a partir do reconhecimento de seu processo de trabalho. Pensar na atividade já provoca mudanças na maneira de agir. E, portanto, estimular novas subjetividades de modo a aproximar o pensamento da ação permite que haja recriação das atividades (OSÓRIO, 2007).

Partiu-se então para questões relacionadas ao conceito de saúde, a relação saúde e trabalho, o trabalho em equipe e seus desafios. Ao final buscou-se inferir sobre as impressões de cada uma sobre as *conversas sobre a atividade*. Constatou-se dificuldade de elaboração do conceito de saúde, embora afirmassem reconhecer a relação entre saúde e trabalho.

Houve concordância quanto à importância do trabalho interdisciplinar para que o cuidado ao paciente se efetive. Ficou clara, entretanto, em algumas falas, a preocupação com o respeito e a necessidade de cada disciplina desempenhar seu papel de maneira que as especificidades não sejam perdidas. Da mesma forma a existência da hierarquia do saber médico, corroborada pelo posicionamento dos demais profissionais foi trazida como questão.

Com relação às *conversas sobre a atividade*, houve concordância quanto à relevância tanto para o reforço do trabalho em equipe, quanto para a saúde dos trabalhadores da saúde. Afirmam que, por ser um espaço de troca, possibilita que as angústias sejam divididas, favorecendo a integração e minimizando a fragmentação tão presente nos serviços hospitalares.

Saúde: conceito e relação com o trabalho

No sentido de alcançar a concepção de saúde para as trabalhadoras entrevistadas solicitou-se que elas descrevessem o significado de saúde. Ficou nítida a dificuldade para verbalizar tal definição. Verificou-se que, mesmo tratando-se pessoas que atuam com saúde, raramente pensam no que estão chamando de “saúde”. Para a **Psicóloga**, “Saúde é... De uma forma muito grosseira é quando você está bem. E o estar bem é o estar bem de uma forma como um todo, né?”. A **Médica plantonista** diz que “Saúde é um bem estar tanto da parte física quanto psicológica, né?”. Para a **Fisioterapeuta** saúde é “Tipo o que fala mesmo a definição da OMS, mas, não é só isso”, remetendo-se

ao conceito defendido pela Organização Mundial de Saúde que diz que: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste, somente, em uma ausência de doença ou enfermidade”. A dificuldade se expressa nas falas a seguir: “*Eu não sei. Saúde engloba tanta coisa... Não sei o que vou te responder...*” (**Enfermeira**); “*Ai, Saúde... Acho que, sei lá. É um conjunto de você estar bem*” (**Auxiliar de enfermagem**); “*Difícil responder o que é saúde. De uma forma geral é um bem estar generalizado*” (**Médica chefe**).

Aos poucos, após refletirem sobre a questão, as profissionais reformularam suas respostas quanto ao significado atribuído à saúde. A **Psicóloga** trouxe a ideia de que saúde é “*Estar mais ou menos tranqüilo com as suas questões pessoais, estar mais ou menos feliz ou tranqüilo no seu ambiente de trabalho, onde você não está com maiores dores, você não está doente nem tá muito tenso a ponto de tá se atrapalhando*”. Essa explicação de certa maneira, remete a defendida por Canguilhem (2006), se entendermos o termo “mais ou menos” como possibilidade de adaptação ou recriação.

A partir da reflexão inicial sobre saúde foi possível um aprofundamento quanto à relação saúde e trabalho. Uma vez estimuladas a pensar sobre a concepção de saúde, o lugar do trabalho enquanto determinante no processo saúde-doença se tornou evidente, como aparece na fala da **Enfermeira**: “*O trabalho adoecerá né? Mentalmente e fisicamente*”. A **Psicóloga** afirma que em algumas situações realmente o trabalho pode ser fonte de sofrimento quando diz que “*Às vezes, a pessoa adoecer logo depois que volta das férias. Isso acontece, é muito claro*”. Assim como muitas vezes a carga de trabalho pode causar sintomas: “*Mas, não é que não goste de fazer, você gosta de fazer, mas... dá uma canseira às vezes, e, às vezes dá uma dor de cabeça*” (**Fisioterapeuta**). A capacidade de se reinventar e buscar sentido na atividade interfere no processo de adoecimento, ou seja, a utilização de estratégias para dar conta da prescrição a partir da criatividade inibe potenciais fatores de amputação do poder de agir (CLOT, 2010). A **Enfermeira** expôs a situação de uma trabalhadora que claramente estava adoecendo após ser mudada de posição no trabalho: “*De repente começou: enxaqueca. Começou uma dor cervical. Daqui a pouco uma lombalgia... Aí mudamos ela de novo de função, hoje ela vem maquiada, arrumada, feliz da vida*”. Nesse caso houve a identificação por parte da chefia imediata de uma situação em que havia diminuição do raio de ação da profissional em questão. A trabalhadora foi desviada para uma atividade na qual não via sentido, teve seu poder de agir atrofiado com conseqüente desvitalização da atividade

(CLOT, 2010). Ao ser redirecionada a sua função inicial reencontrou motivação para o trabalho.

O reconhecimento da relação entre saúde e trabalho se apresenta nos discursos da **Médica chefe**: “*Então assim, realmente o trabalho influencia muito na saúde de cada individuo. Não tenho a menor duvida disso*” e da **Médica plantonista**: “*Se a gente estiver bem no trabalho facilita a parte da nossa saúde e se estiver com a saúde em dia também facilita a nossa disposição pro trabalho*”. Embora nem sempre tenha havido a consciência dessa correlação: “*Não to dizendo que a culpa foi do trabalho. É culpa do cansaço.*” (**Fisioterapeuta**). E a percepção da doença muitas vezes se dê, apenas, quando gera o afastamento: “*Nunca tive um afastamento na equipe que foi relacionado a isso. Mas já tive queixas*” (**Médica chefe**). Portanto, muitas vezes não há o reconhecimento dos fatores que interferem na saúde o que dificulta a determinação do trabalho no processo de adoecimento. Há estudos que demonstram que os profissionais de saúde em sua maioria, não contemplam a relação saúde e trabalho no cotidiano de trabalho (DIAS; SILVA, 2013).

Houve ainda quem citasse o trabalho como fonte de prazer e satisfação. Logo, há a percepção da função psicológica do trabalho apresentada por Clot (2006) como citado por Teixeira e Barros (2009) de modo que o trabalho envolve processos de subjetivação sendo os trabalhadores protagonistas desse processo de criação. “A clínica da atividade estabelece que a função psicológica do trabalho coloca o trabalhador como produto e produtor do processo criativo” (SOUTO, LIMA, OSORIO, 2015). A satisfação da **Auxiliar de enfermagem** pode ser evidenciada nas falas a seguir: “*Mas eu chego em casa tão feliz! Porque eu tive um plantão pesado, mas eu produzi, eu fiz alguma coisa pra alguém, entendeu? Isso pra mim, de uma certa forma, me faz bem*” e “*Mas às vezes você chega cansada, mas poxa, hoje a criança tava assim, dessa forma, mas quando eu fui embora ela tava de outra forma porque eu fiz a diferença, né?*”. Quando os objetivos da atividade e o resultado esperado estão em sintonia com o valor individual dado a ela há sentido na atividade, e dessa forma há a ampliação do poder de agir (CLOT, 2010). Osório e Ramminger (2014) defendem o lugar do trabalho como operador de saúde, ou seja, exaltam o papel de produtor de saúde.

Trabalho em equipe

A discussão do trabalho em equipe envolve uma gama de questões como apresentados anteriormente. Logo, não foi surpresa que durante as entrevistas muitos

desses pontos tenham aparecido. A comunicação foi apresentada como o maior problema para o trabalho em equipe, mais especificamente, a dificuldade de comunicação. A Médica chefe diz “*o desafio, acho que é a comunicação*”. A **Psicóloga** concorda que “*de uma forma geral, é a comunicação*” e complementa que “*sendo bastante específica, na área da saúde ainda existe uma dificuldade muito grande da classe médica escutar. Especificamente a comunicação tem haver com isso*”. É possível perceber na fala da profissional a presença da relação hierárquica historicamente conhecida na área da saúde. O modelo hegemônico de explicação da relação saúde e doença traz a explicação estritamente biológica e coloca o médico como detentor do saber de modo que os demais profissionais estão subordinados a ele. O que se reflete nas relações interprofissionais (CHAVES; ALVES, 2012).

Outras situações relacionadas à posição hierárquica e de poder dos médicos em relação às demais categorias profissionais também foram trazidas: “*O médico muitas vezes se coloca como principal. E muitas vezes o resto da equipe também se coloca como secundário*”, comenta a **Psicóloga**, que alerta que essa postura “*De uma forma geral. Atrapalha o médico de ouvir o paciente, atrapalha a enfermeira de se comunicar com o medico e aí obviamente o trabalho não vai ser complexo e completo do jeito que poderia ser*”. Mais uma vez o exposto dá luz ao modelo biomédico, bastante presente principalmente no ambiente hospitalar. É importante frisar, entretanto, que “o poder é sempre relacional, no sentido que diz respeito a dois ou mais atores sociais” (CECÍLIO, 1993, p.318) e, portanto as relações se estabelecem por muitas vias.

Mas, as relações de poder não estão relacionadas somente ao lugar do médico e da medicina, como lembra também a **Psicóloga** ao falar das dificuldades de se trabalhar em equipe: “*Se não houver uma briga muito grande de egos, que algumas vezes acontece*”. Além disso, muitos profissionais têm dificuldade de trabalhar em equipe, como afirma a **Fisioterapeuta**: “*Às vezes você pode trabalhar em equipe, tirar dúvida, saber o que pode e o que não pode. Enfim, tem gente que não gosta e não sabe fazer isso*”. Assim, segundo a **Psicóloga**, “*Se você tem um grupo que não funciona bem junto, onde as pessoas tão umas contra as outras, isso é muito pior. Você tem até vontade de trabalhar sozinha*”. De certa maneira, há uma perpetuação das relações de poder seguindo a hierarquia dos saberes dentro do hospital. Como afirma Foucault (1995), o poder é capaz de interferir nas relações sociais e produzir novas subjetividades.

Portanto, para lidar com o desafio identificado para o trabalho em equipe e, portanto para a interdisciplinaridade, é necessário fazer com que todas as disciplinas se

comuniquem e se entendam. A **Enfermeira** fala: “*Eu acho que primeiro as pessoas tem que falar a mesma língua. E se respeitarem*”. Da mesma forma a **Auxiliar de enfermagem** defende que para o trabalho em equipe acontecer é preciso que os profissionais envolvidos consigam se entender e complementa “*acho que isso faz uma diferença*”. Na opinião da Médica plantonista, o maior entrave para o trabalho em equipe, “*é cada um reconhecer a importância dos outros profissionais e conseguir conversar pra solucionar os problemas*”. A Médica chefe vai além “*eu acho que o maior desafio de uma equipe multidisciplinar é fazer com que ela converse, que ela se comunique e fale a mesma língua pro paciente, que é o que interessa no final das contas, né?*”. A Fisioterapeuta concorda que a comunicação precisa ser efetiva, “*porque senão, fica naquele pode-não pode, faz e não faz e de repente dá algum erro*”.

Por outro lado, quando existe a possibilidade de uma equipe funcionar bem, com trocas de saberes baseadas no respeito acredita-se que haverá benefício de todos os envolvidos. “*É muito legal. Porque você tem uma visão, o outro tem uma outra visão, o outro tem uma outra visão e um meio que vai minimizando o estresse do outro*”, afirma a **Psicóloga**. Porque o trabalho em saúde é complexo e exige muito do profissional, “*Mas se todos nós estivermos juntos a coisa fica menos pesada*” (**Psicóloga**). Os trabalhadores ganham a partir do momento em que se favorecem na compreensão do usuário e conseqüente melhoria do cuidado. Como evidencia a fala da Médica plantonista: “*Porque você consegue dividir, cada um botando as suas dificuldades pra que o outro possa ir ajudando*”. E o paciente por sua vez, se beneficia ao ser cuidado por uma equipe que o considera como um todo.

O poder de agir e as conversas sobre a atividade

Ao serem abordadas *as conversas sobre a atividade*, os comentários se remeteram ao reconhecimento da importância e da necessidade de espaços como o proposto para efetivação do cuidado em saúde. “*A gente ter uma reunião que seja semanal, acho que ajudou muito pra toda a equipe em vários sentidos. Primeiro pra comunicação mesmo em relação ao cuidado do paciente, que é o objetivo maior de todo mundo que ta assistindo o paciente, aconteça de maneira mais linear. Mais coesa*”, disse a **Médica chefe** que ainda afirma que “*a reunião, acho que dava uma tranquilidade pra todo mundo*”. A **Psicóloga** relembra que a idéia inicial das conversas “*É falar sobre como foi pra gente. Então, como foi aquela semana?*”, de maneira que

surjam assuntos relevantes para cada um e haja interação entre os componentes da equipe.

A existência de um espaço que possibilite a troca de informações e visões acerca do usuário e do trabalho favorece a realização da atividade e propicia a efetividade da atenção e do cuidado. A **Enfermeira** se remete às *conversas sobre a atividade* como um grupo, dizendo: “*Eu acho que o grupo, ele é fundamental pra gente questionar algumas coisas. Pra gente esclarecer algumas coisas. Mas principalmente pra gente discutir o que a gente passa aqui na enfermaria*”. Diante da diversidade de profissionais que compõem a equipe da pediatria, tem-se a chance de ouvir diferentes opiniões de maneira horizontal, sem predominância de um saber sobre o outro. A **Psicóloga** traz sua sensação: “*Eu me sinto trocando entre iguais, onde todos tiveram o mesmo contato, com o mesmo paciente, ou com a mesma situação e, estão tendo que enfrentar de alguma forma aquele problema*”. Surge um sentimento de união, a possibilidade de criação de um trabalho em conjunto. Para além de um trabalho coletivo, um coletivo de trabalho que guarda a sua história do trabalho coletivo e se configura num instrumento para a ação (CLOT, 2010).

Logo, quando cada profissional envolvido se coloca, temos uma visão integral do paciente, o que amplia as possibilidades de ação. A **Fisioterapeuta** confirma: “*Porque você tem a visão de um todo do paciente. Porque na verdade cada um tem um pouquinho e quando você junta todo mundo você tem a visão de um todo. Eu acho isso*” Cada profissional traz o seu conhecimento, sua especificidade: “*Você tem a visão médica, a visão do psicólogo, a visão do fisioterapeuta, a visão da enfermagem*” (**Fisioterapeuta**). “*Eu acho interessante, porque cada um tem um pouco pra dizer e você...*” (**Auxiliar de enfermagem**). Há aqui, de maneira explícita, a percepção de que “a atividade deve ser entendida como uma ação sempre em processo, uma mescla indissociável de singular e coletivo” (TEIXEIRA; BARROS, 2009).

Por se tratar de espaço aberto os temas variam desde situações diretamente relacionadas aos pacientes e casos a questões particulares dos profissionais participantes, como comenta a Psicóloga: “*Às vezes vem uma discussão técnica, muitas vezes vem uma discussão técnica. Muitas vezes vira meio que um muro de lamentações. O muro de lamentações eu acho legal, porque a gente ta justamente falando do que a gente ta sentindo*”. Portanto, para além de uma reunião de equipe, as *conversas sobre a atividade* permitem o fortalecimento das relações intersubjetivas e intensifica a comunicação, como se vê também na fala da Psicóloga: “*Então, é estreitamento de*

laços, e é o que precisamos pra que a gente possa trabalhar junto”. Ainda nas palavras da profissional: “*pelo menos naquele momento, naqueles 30, 40 minutos ou uma hora, todos estão juntos pensando em alguma coisa que afetou todo mundo. Alguns podem estar mais na beiradinha, outros mais no meio, mas naquele momento, dentro daquela sala estão todos no mesmo barco, as relações se fortalecem mesmo que por um tempo*”. Houve uma aproximação entre os profissionais de maneira que a interação se deu permeada de afeto e permitindo a construção de uma relação de confiança. A atividade, como afirma Clot (2010), é inseparável da afetividade. E os afetos, as emoções e os sentimentos presentes nas relações profissionais irão interferir na energia subjetiva envolvida. Dessa maneira será possível experimentar ou não a sensação de viver a mesma história.

Apesar das *conversas* serem abertas a todos os trabalhadores da enfermagem alguns profissionais estão sempre presentes enquanto outros não demonstram interesse. Na impressão da **Psicóloga**, “*Tem algumas pessoas que a gente percebe que tem mais dificuldade mesmo de troca, alguns profissionais, por uma questão pessoal talvez, e essas pessoas fogem do grupo. E outros adoram ir*”. O que nos leva a refletir sobre as possíveis estratégias para maior adesão. As pessoas que participam, em geral gostam e retornam, como se pode notar nas palavras da **Médica plantonista**: “*Eu acho que a gente tem que permanecer com essas reuniões e tentar não deixar que o dia a dia vá acabando com essa integração da gente. Né?*”

7.4 A POTÊNCIA DO COLETIVO

A seguir serão apresentadas as questões discutidas a partir dos tópicos evidenciados nos grupos e daqueles que se destacaram durante as entrevistas. O desenvolvimento das discussões inicia-se com as concepções de saúde, segue-se para a relação saúde e trabalho, parte-se então para os desafios do trabalho em equipe e ao final apresentamos *as conversas sobre a atividade* e os benefícios evidenciados, sempre com a perspectiva do cuidado e da atenção integral a saúde. Segundo Teixeira e Barros (2009, p.83) existe “no curso da atividade um processo de coletivização e singularização simultâneo, que faz emergir o que entendemos como trabalhador e como trabalho, uma relação em fundação constante”.

As conversas trouxeram uma infinidade de temas que estimularam discussões de modo que cada profissional pode contribuir com seu saber específico na resolução de impasses, angústias, dúvidas ou até mesmo no relato de passagens em que obtiveram

sucesso. Da mesma forma, a exposição de informações quanto à vida social, familiar, emocional, econômica de alguns pacientes, que muitas vezes não se mostravam relevante, levaram a mudanças da postura dos profissionais diante de muitas situações. “*Quantas vezes alguém já brotou com uma solução naquela reunião ali, né?*” comenta a **Médica chefe**.

Durante as entrevistas individuais, as reflexões sobre as *conversas sobre a atividade* indicaram a valorização do trabalho em equipe. Todas as entrevistadas relataram experiências positivas após o início das conversas afirmando o seu potencial enquanto espaço de trocas. “*E acaba virando um espaço de troca. E esse espaço é interessante porque a troca é justamente a tal da comunicação que a gente precisa fazer*”, comenta a **Psicóloga**. Desse modo ocorre o fortalecimento do trabalho em equipe e o favorecimento a saúde dos trabalhadores da equipe. A **Médica chefe** diz sobre a existência das *conversas*, que “*ela integrou. Se tivesse uma palavra pra falar, ela integrou o trabalho em equipe*” e a **Enfermeira** coloca que “o grupo”, “*é um facilitador*” no qual “*a gente conversa bastante coisa. O esclarecimento das nossas problemáticas, a gente traz resoluções ou formas de enfrentamento*”. A **Médica plantonista** refere: “*Eu acho que é justamente essa coisa da gente conseguir integrar as outras profissões pelo bem do paciente e nosso também, né?*”

As *conversas sobre a atividade* de certa forma se aproximam dos “encontros sobre o trabalho” na medida em que favorecem o debate, a reflexão e o desenvolvimento da atividade (MASSON; GOMES; BRITO, 2015). Embora não se configurem enquanto uma ferramenta como a desenvolvida a partir da ergologia, promove o encontro de experiências e trocas de conhecimento (DURRIVE, 2010). Permite que se faça o debate de normas de forma compartilhada dessa forma propondo renormatizações e a reflexão a respeito das dramáticas do uso de si, uma vez que o trabalho representa uma tensão contraditória entre o uso de si por si e pelos outros (Schwartz, 2000).

Durante as entrevistas realizadas com as profissionais, foi possível reconhecer em algumas falas a potência do encontro de saberes ao serem questionadas quanto às *conversas sobre a atividade*, como na contribuição pontuada pela Psicóloga: “*Pra que a comunicação seja mais eficaz, pra que a gente possa estar mais a vontade de pensar sobre algum paciente com aquele outro profissional*”. A auxiliar de enfermagem comenta: “*você tinha a sua verdade, mas você vê varias verdades nos outros profissionais. E isso é interessante. Porque você olha com outro olhar*”. Da mesma

forma a **Enfermeira** exemplifica se remetendo ao papel das psicólogas, que muitas vezes *“Levantam umas questões que você nunca parou pra pensar. Um outro ângulo que a gente não percebeu”*. A **Psicóloga** segue a mesma idéia: *“Porque você tem uma visão, o outro tem uma outra visão, o outro tem uma outra visão e um meio que vai minimizando o estresse do outro”*.

Logo, quando uma profissional *“olha com outro olhar”*, *“um outro ângulo”* ou *“tem uma outra visão”* ela está repensando a sua atividade, está recriando e permitindo reinventar seu saber instituído. A **Psicóloga** reforça que *“isso é uma tranquilidade até no cotidiano... Além de ter todos os efeitos positivos para o atendimento do paciente, é também tranquilizador para a gente. Sem contar que você divide responsabilidades. Se for uma coisa muito séria a ser resolvida, podemos pensar juntos”*. A **Médica chefe** utiliza uma metáfora para descrever o efeito positivo das *conversas*: *“É como se fosse um quebra-cabecinha. Né? Eu me responsabilizo por essa peça, você por essa e aí faltava sentar na mesa realmente pra juntar essas pecinhas todas”*.

Há evidência da ação tranquilizadora e, portanto positiva na saúde do profissional, como fica claro na fala de da Auxiliar de enfermagem: *“Porque há essa comunicação, né? E aí você compreende as coisas melhor, a pessoa te conhece, com certeza. Te faz bem. Como eu te falei, a questão de você acrescentar algo, é muito bom. A sensação é boa”*. A **Médica chefe** também afirma que traz benefícios ao permitir a troca minimizando a ansiedade diante de situações mais complicadas: *“E as angustias de cada profissional também. ‘Olha, não consigo fazer isso’”*. Assim como diz a **Médica plantonista**: *“porque a gente vai colocando as nossas dificuldades em relação ao trabalho e um vai tentando ajudar”*.

Entretanto, ficou evidente a escassez de lugares de troca como estes nas instituições hospitalares de maneira geral, como pode ser visto nas falas a seguir: *“Porque é um espaço que é escasso no hospital como um todo. Não aqui no INTO. Mas é um espaço onde não existe na área muito da saúde onde é óbvio que deveria existir”*, afirma a **Psicóloga**. A **Enfermeira** também expressa a mesma sensação: *“Eu acho que assim, você abrir um espaço para as pessoas nos ouvirem... Isso tá faltando, né? A gente não tem isso no nosso dia a dia”*.

O coletivo de trabalho se fortaleceu diante de situações pontuais, com ampliação do poder de agir da equipe. Embora Clot (2006, 2010) se remeta a criação de gêneros a partir de ofícios, sugerimos o conceito para discutir a equipe de Pediatria do INTO. Nas palavras do próprio autor: Os gêneros *“designam as factibilidades urdidas em maneiras*

de ver e agir sobre o mundo, consideradas, em determinado momento, como adequadas no grupo de pares” (CLOT, 2010, p. 125) As *conversas sobre a atividade* propiciaram a construção de planos partilhados de trabalho, de uma história comum, o fortalecimento do coletivo, que nos remetem a possibilidade de elaboração de um gênero profissional

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se deu em ambiente de trabalho da própria pesquisadora, o que foi determinante nas escolhas do campo. A decisão de estudar a enfermaria de pediatria do INTO partiu justamente desse envolvimento com o setor e a opção de analisar o agir dos profissionais de saúde a partir das *conversas sobre a atividade* foi motivada pelas leituras realizadas no decorrer do processo. As entrevistas complementares aprofundaram elementos essenciais da discussão.

Estudar o ambiente de trabalho no qual estamos inseridos traz facilidades ao mesmo tempo em que é atravessado por dificuldades. Não houve problemas em acessar as profissionais de saúde por existir proximidade, porém notou-se um desconforto pelo fato de serem entrevistadas por uma “colega de trabalho” e “chefe substituta da área de Pediatria”. Os rótulos tiveram um peso inicial que puderam ser desfeitos no decorrer dos diálogos.

Ao analisar o agir dos profissionais de saúde dessa enfermaria, constatamos que existe o reconhecimento da relação saúde-trabalho. Entretanto a concepção de saúde apreendida pela grande maioria mantém-se baseada no conceito estático defendido pela OMS. Dessa maneira, a compreensão das variabilidades do meio e da necessidade de reinvenção e renormatização não são reconhecidas como realidade. E, portanto, ainda existe a dificuldade em relacionarem os fatores envolvidos na determinação da doença.

Quanto à interdisciplinaridade foram destacadas as dificuldades de comunicação como maior problema para efetivação do trabalho em equipe. Sobretudo ficaram evidentes as questões relacionadas à hegemonia do modelo vigente e a persistência do poder hierárquico dos médicos em relação aos demais profissionais. Ao mesmo tempo foi destacada a dificuldade desses próprios profissionais em se posicionar de maneira diferente. Assim como a existência de relações de poder entre profissionais não médicos, perpetuando o modelo biomédico.

Logo, foi possível inferir que a realização das *conversas* provocou avanços no funcionamento do serviço, desde uma melhor troca de informações entre os profissionais até uma maior agilidade das internações com potencialização da ação dos trabalhadores envolvidos no cuidado. Esses resultados não são mensuráveis, mas são evidentes para a equipe. A iniciativa pode contribuir tanto para a atenção e o cuidado propriamente ditos como para a promoção e prevenção da saúde desses trabalhadores. As profissionais trouxeram a percepção de que, ao participarem dos encontros, puderam

discutir sobre suas atividades de maneira a ampliarem suas capacidades de reflexão e, portanto, de recriação.

Assim contribui-se para a ampliação do poder de agir da equipe da enfermagem a partir da construção de um projeto interdisciplinar com um objetivo comum. Lembrando que a participação do trabalhador como observador e co-analista de sua atividade é pré-requisito da clínica da atividade.

Em suma, o fortalecimento do coletivo de trabalho da enfermagem do INTO, com estabelecimento de objetivos comuns, nos leva a identificar a equipe como um gênero profissional, definido como:

Um sistema flexível de variantes normativas e de descrições, comportando diversos cenários e um jogo de indeterminação que nos diz como funcionam aqueles com quem trabalhamos, como agir ou abster-se de agir em situações precisas; como conduzir a bom termo as transações interpessoais exigidas pela vida em comum, organizada em torno dos objetivos de ações (CLOT, 2010, p.125).

No decorrer do processo de realização da pesquisa me dei conta de quanto meu poder de agir é afetado pelos meus ambientes de trabalho. E como precisei recriar para não adoecer, ou seja, manter minha saúde. Cheguei à conclusão, agora ao final, que toda minha mobilização em buscar a saúde pública, o mestrado e tantos outros cursos durante toda minha vida de trabalho, visava encontrar sentido na minha carreira profissional. Identifico-me em grande parte com as leituras da área de saúde do trabalhador, sobretudo com os conceitos da clínica da atividade: poder de agir e gênero de trabalho. Pois, nunca consegui me encaixar e me reconhecer enquanto médica, dentro de um coletivo de trabalho que se mantém hegemônico e se pretende superior a outras carreiras de saúde, por se perpetuar na detenção do conhecimento científico.

A realização desta dissertação ampliou minha motivação. Ficou evidente que a interdisciplinaridade é possível e que existem muitos profissionais de saúde dispostos a trabalhar em equipe e a desenvolver relações dialógicas horizontais em busca do cuidado integral. Da mesma forma, o estudo mostrou a potencialidade dos dispositivos de conversa para ampliar o poder de agir do coletivo, interferindo no processo de trabalho individual e da equipe e favorecendo a produção de saúde.

Entretanto, existe pouco estímulo às interações nas formações ou nos serviços de saúde, como identificado na literatura que foi base desse estudo. Assim constatou-se que não houve a compreensão da relação saúde e trabalho pelas trabalhadoras, seja

durante a formação acadêmica seja no decurso de sua atividade profissional. Portanto, faz-se aqui a sugestão de que as escolas da área de saúde ampliem seus conceitos de saúde e da relação saúde-doença e que incluam tais assuntos em seus currículos assim como a importância da interdisciplinaridade.

O estudo permitiu afirmar o potencial de iniciativas interdisciplinares com estímulo à relação dialógica horizontal para que haja efetivação do cuidado integral e a ampliação do poder de agir dos sujeitos e dos coletivos. Entretanto é necessário que os próprios profissionais da área de saúde se mobilizem para viabilizar tais espaços de trocas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAM, Miriam Maraninchi; CEZAR-VAZ, Marta Regina; ALMEIDA, Tabajara. Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. , p.39-47, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000500007>.

ALVES, Railda Fernandes et al. Proposta de estágio supervisionado para atuação de psicólogos na saúde pública. **Rev. Abordagem Gestaltica**, Goiânia, v. 20, p.21-30, jun. 2014.

ALVES, Emanuelle de Aguiar Pacheco; SILVA, Claudia Osorio da. Clínica da atividade e oficina de fotos eletricitas em foco: eletricitas em foco. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande/MS, v. 6, n. 2, p.62-71, jul./dez. 2014. Semestral.

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O TRABALHO INTERDISCIPLINAR: APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS NA VISÃO DE ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p.323-331, jul./set. 2005.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; JACKSON FILHO, José Marçal. Transformações do Trabalho no setor saúde e condições para Cuidar. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Cap. 2. p. 45-65.

AYRES, José Ricardo de C. M.. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 4, n. 6, p.117-120, fev. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832000000100010>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 8, n. 14, p.73-92, fev. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832004000100005>.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.427-434, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000300015>.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 40, n. 2, p.221-227, jun. 2006.

BANDEIRA, Danieli et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: uma intervenção multiprofissional. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.2446-2453, 2 dez. 2016. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.994>.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.67-84, jul. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902002000100008>.

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Org.). **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do Trabalho na Atualidade**. São Paulo: Editora Atlas S.a, 2011. 288 p.

BONES, Ana Amélia Nascimento da Silva et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. **Abcs Health Sciences**, [s.l.], v. 40, n. 3, p.343-347, 21 dez. 2015. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.819>.

BRAGA, Janayna Poiato; DYNIEWICZ, Ana Maria; CAMPOS, Ozana de. TENDÊNCIAS NO RELACIONAMENTO HUMANO NA ÁREA DA SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.290-295, 6 out. 2008. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i2.12522>.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. CONSTRUINTO 2. Plano diretor INTO 2015-1018. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, Jussara. Ergologia como Perspectiva de Análise: A saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde. In: GOMEZ, Carlos Minayo (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 479-494.

BRITO, Jussara. Saúde do Trabalhador: Reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: Dp&a Editora (espaços do Desenvolvimento), 2004. p. 91-114.

BRITO, Jussara et al. O trabalho nos serviços Públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: BRITO, Jussara; ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-43.

BRITO, Maria José Menezes et al. Collegiate management in inpatient pediatric unit from health professionals' perspective. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 40, n. 3, p.275-282, 30 set. 2016. Centro Universitario Sao Camilo - Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20164003275282>.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. O Trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, 16(4):734-40, v. 16, n. 4, p.734-740, out./dez. 2011.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Pierre Macherey e da apresentação de Luis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.287-307, out. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59701997000200006>.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.85-112, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462011000400005>.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.315-329, 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81231999000200007>.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p.545-555, 2009.

CHAVES, Renato; ALVES, Amanda. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. **Diálogos & Ciência**, [s.l.], v. 10, n. 30, p.159-164, 20 jun. 2012. Faculdade de Tecnologia e Ciências. <http://dx.doi.org/10.7447/dc.2012.015>.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006. Tradução de Adail Sobral.

CLOT, Yves. **O trabalho e o poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRLAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.98-104, maio/jun. 1993. Tradução de Maria Irene S. Betiol, revista por Edith Seligmann Silva.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.817-827, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000400007>.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na atenção primária. In: DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e (Org.). **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 21-41.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Glossário da ergologia. **Laboreal**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.23-28, jul. 2008. Tradução deste glossário para português foi realizada por Liliana Cunha e Marianne Lacomblez, em 26 de Junho de 2008.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. Cuidado e saúde: uma visão integrada. **Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.11-29, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.965-971, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000400018>.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, Rafael da Silveira et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalho e equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Ims/ Uerj : Cepesc : Abrasco, 2007. p. 19-36.

GONÇALVES, Rita de Cássia Ribeiro et al. Nós em rede: vivências da parceria ensino-serviço produzidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.903-912, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0808>.

GUEDES, Lígia Emerita; FERREIRA JUNIOR, Mario. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.260-272, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000200004>.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.555-561, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102008005000022>.

KUCHENBECKER, Ricardo. O Modelo Operário Italiano trinta anos depois. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 36, p.48-50, 1992.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.85-100, mar. 2011. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742011000100010>.

LOUZADA, Ana Paula Figueiredo; BONALDI, Cristina; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalho e equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Ims/ Uerj : Cepesc : Abrasco, 2007. p. 37-52.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; CORREA, Marilena Villela. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Informe Epidemiológico do Sus**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.159-166, set. 2002. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s0104-16732002000300006>.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente, Construir o Futuro**. São Paulo: Hucitec, 2005. 372 p.

MAGNUS, Cláudia de Negreiros; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A construção de saúde, entre o servir e a servidão: das relações entre servidores de um hospital psiquiátrico público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.175-188, dez. 2012.

MARTINS, Vaneila Moraes Ferreira et al. Forças impulsionadoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1183-1190, 2011.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.341-349, out. 1991. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101991000500003>.

MENDES, René. A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois. In: RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. 4. ed. São Paulo: Fundacentro, 2016. p. 289-297. Tradução de Raimundo Estrêla.

MENDES, René; WÜNSCH FILHO, Victor. A contribuição da epidemiologia para o estabelecimento das relações causais entre trabalho e condições de saúde dos trabalhadores e outros usos. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 211-236.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.21-32, 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1997000600003>.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T.. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 6, p.1153-1162, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000600009>.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 4, p.586-593, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>.

MUNIZ, Hélder Pordeus et al. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 38, n. 128, p.280-291, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572013000200015>.

NOBRE, Letícia. A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, Letícia; PENA, Paulo; BAPTISTA, Rosanita. **A Saúde do trabalhador na Bahia: Histórias, Conquistas e desafios**. Salvador: Edufba, 2011. p. 23-92.

OLIVEIRA, Simone; ALVAREZ, Denise; BRITO, Jussara. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.1581-1589, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000600010>.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 4, p.727-733, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102006000500025>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A Carta de Ottawa para a promoção da saúde. In: Organizacion Panamericana De La salud. Promocion de La Salud, uma antologia. Publicacion cientifica n. 557. Washington, DC, Estados Unidos da America: OPS, 1996, p. 367-372.

OSÓRIO DA SILVA, Claudia. As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho. In: ROSA, Edinete Maria et al (Org.). **Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil**. Vitória: Edufes, 2007. p. 75-90.

OSORIO DA SILVA, Cláudia. Pesquisa e intervenção em clínica da atividade: a análise do trabalho em movimento. In: BENDASSOLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. (Org.). **Métodos de Pesquisa e Intervenção em Psicologia do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2014. p. 81-99.

OSORIO DA SILVA, Claudia; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 12, p.4751-4758, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>.

OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros et al. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.135-

150, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902008000400014>.

PALHETA, Rosiane Pinheiro; COSTA, Roberta Justina da. Caminhos da Humanização Hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.253-264, maio 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000500022>.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.71-79, abr. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722000000100010>.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação**. 1998. 270 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.977-983, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000400029>.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 45, n. 4, p.905-911, ago. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000400016>.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Introdução. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalho e equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Cepesc - Ims/uerj - Abrasco, 2007. p. 9-17.

PIRES, Denise; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.311-326, set. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462004000200006>.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 33, n. 117, p.36-49, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0303-76572008000100005>.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa

Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.438-446, abr. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200011>.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.151-160, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902008000400015>.

SÁ, Marilene de Castilho. **Em busca de uma porta de saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. 459 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SÁ, Marilene de Castilho; AZEVEDO, Creuza da Silva. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: SÁ, Marilene de Castilho; AZEVEDO, Creuza da Silva (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 33-50

SÁ, Marilene de Castilho; CARRETEIRO, Teresa Cristina; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 6, p.1334-1343, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000600014>.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanisaSUS. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 73-96.

SAUPE, Rosita; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Pedagogia interdisciplinar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.326-333, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000200018>.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. **Pro-posições**, [s. L.], v. 1, n. 5, p.34-50, jul. 2000.

SCHWARTZ, Yve. Actividade. **Laboreal**, [s. L.], v. 1, n. 1, p.63-64, 2005. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53635622>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 4, n. 2, p.457-466, set. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462006000200015>.

SCHRAIBER, Lília; PEDUZZI, Marina. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educacion Medica y Salud**, [s. l.], v. 27, n. 3, p.295-313,1993.

SILVEIRA, Marília Rezende da; SENA, Roseni Rosângela de; OLIVEIRA, Suelen Rosa de. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p.196-201, abr./jun. 2011.

SOUZA, Katia Reis de; MENDONÇA, André Luis de Oliveira. Saúde do Trabalhador e Educação: reflexões a partir do modelo operário de conhecimento. **Trabalho Necessário**, [s.i.], v. 11, n. 17, p.1-32, 2013.

TEIXEIRA, Danielle Vasconcelos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Clínica da Atividade e Cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, [s.i.], v. 21, n. 1, p.81-90, jan./abr. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.i.], v. 13, n. 1, p.195-206, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000100024>.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; ALMEIDA, Carmen Verônica Barbosa de; GUEDES, Dimitri Taurino. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.i.], v. 7, n. 3, p.445-462, nov. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462009000300004>.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GAZE, Rosângela. Saúde, trabalho e ambiente na perspectiva da integralidade: o método de Bernardino Ramazzini. **em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p.65-88, 2013. Semestral.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, [s.i.], v. 17, n. 1, p.133-141, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452013000100019>.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Caracterização dos profissionais estudados:

Iniciais do Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Tempo de atuação:

Tempo de trabalho no INTO:

Tipo de contrato:

2. Entrevista:

Porque trabalhar no INTO? O que te motiva? O que te desanima? Se pudesse mudar alguma coisa, se tivesse autonomia para tal, o que seria?

Quais os desafios do trabalho em equipe?

O que é saúde pra você? Como você vê a relação entre o trabalho e a saúde? Já percebeu algum problema de saúde/ doença relacionado ao trabalho?

Você participou das reuniões? ()sim () não. O que achou?

Acredita que o grupo possa favorecer o trabalho em equipe e/ou a saúde dos trabalhadores da enfermagem? De que maneira?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “O agir do profissional de saúde: foco na relação saúde e trabalho” a ser desenvolvida por Flavia da Silva Miguelote, discente de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra Simone Santos Oliveira.

O objetivo central do estudo é analisar o agir do profissional de saúde e seu enfoque na relação Saúde e do Trabalho na perspectiva da atenção integral a saúde. O convite a sua participação se deve à sua inserção profissional na enfermagem de pediatria do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO/MS).

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como interromper sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O material será armazenado em local seguro. Porém é possível que em função da especificidade do estudo e do número reduzido de participantes que haja identificação, o que será minimizado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto no ambiente de trabalho a depender de sua disponibilidade. A pesquisa consiste ainda na observação do processo de trabalho, desde que haja sua autorização a partir da assinatura deste Termo. Da mesma forma a entrevista será gravada se houver sua autorização através do mesmo Termo. Frisamos que a utilização de recursos como gravador digital para transcrição posterior melhora a apreensão das informações assim como a presença do pesquisador no ambiente de trabalho favorece observação possibilitando uma análise mais apurada do objeto de estudo.

A pesquisadora permanecerá na unidade em diferentes turnos, durante um mês de maneira a obter melhor caracterização do processo de trabalho, sem que haja prejuízo do mesmo. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, assim como o material obtido a partir da observação, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir no reconhecimento da relação saúde e trabalho e na melhor efetivação das ações no Campo de Saúde do Trabalhador.

A metodologia de pesquisa não oferece riscos físicos, morais, sociais, intelectuais ou culturais aos participantes, podendo desencadear, entretanto, algum desconforto ou constrangimento que serão reduzidos com a troca contínua de informações acerca do estudo. Da mesma forma não tem a intenção de apontar erros ou criticar a atuação do profissional estudado e sim estimular transformações no processo de trabalho além de provocar ressignificação de suas atividades ampliando as ações em Saúde do Trabalhador.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na dissertação. Além disso, os resultados da pesquisa serão devolvidos aos servidores participantes da mesma.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender

os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato do CEP/ENSP:

Tel/Fax: (21) 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Website: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo – Mangueiras – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO/MS)

Tel:(21)21345000 / 21345061

E-Mail: cep.INTO@INTO.saude.gov.br

Endereço: Av. Brasil 500, 9º andar – sala nº 4, São Cristovão, Rio de Janeiro – CEP: 20940-070

Nome da pesquisadora: FLAVIA DA SILVA MIGUELOTE

Assinatura: _____

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel.: (21) 999511061

E-mail: flaviamiguelote@terra.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar da pesquisa.

Autorizo a gravação entrevistas () SIM () NÃO

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

E-mail: _____