

Trabalho de Auxiliares de Enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade”

por

Letícia Pessoa Masson

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito
Segundo orientador: Prof. Dr. Milton Raimundo Cidreira de Athayde*

Rio de Janeiro, janeiro de 2007.

Esta dissertação, intitulada

“A Dimensão Relacional do Trabalho de Auxiliares de Enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade”

apresentada por

Letícia Pessoa Masson

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Suyanna Linhales Barker

Prof.^a Dr.^a Lucia Rotenberg

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

Dissertação defendida e aprovada em 31 de janeiro de 2007.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria, nem de longe, sido possível sem a rica contribuição de muitas pessoas. Gostaria de expressar minha gratidão àqueles que foram simplesmente fundamentais durante este processo.

À Jussara, pelo apoio incondicional e a orientação tranquilizadora em todos os momentos.

Ao Milton, por participar deste trabalho contribuindo com a grande riqueza de suas idéias e também pelo apoio e orientação.

À Simone Espíndola, supervisora de estágio no Hospital, por ter sido fundamental para este estudo acontecer, mostrando-se parceira e sempre disponível a conversar e trocar idéias sobre este trabalho.

Às auxiliares de enfermagem que participaram e co-produziram este trabalho, de maneira intensa e inteira.

Aos enfermeiros chefes da Neonatologia, pela abertura à realização deste trabalho.

À Pérola, que também co-produziu este trabalho além da co-produção de uma amizade.

Aos meus amigos, mais fundamentais do que supõem imaginar, pelo compartilhamento da vida.

Ao Marcello, pela grande amizade e pela super ajuda na formatação das referências bibliográficas.

Às minhas irmãs, lindas demais comigo o tempo todo.

Aos meus pais, por toda a força e apoio em todos os momentos e decisões da minha vida e pela contribuição incansável na formatação do texto.

Ao Tony, presente no meu coração todo o tempo.

Paciência

(Lenine e Dudu Falcão)

*Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
A vida não pára*

*Enquanto o tempo acelera e pede pressa
Eu me recuso faço hora vou na valsa
A vida é tão rara*

*Enquanto todo mundo espera a cura do mal
E a loucura finge que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência*

*O mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência*

*Será que é o tempo que lhe falta pra perceber
Será que temos esse tempo pra perder
E quem quer saber
A vida é tão rara (Tão rara)*

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| RESUMO..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 10 |
| 1.1- Conceito vitalista de saúde | 10 |
| 1.2. A perspectiva ergológica..... | 11 |
| 1.3. A Ergonomia da Atividade..... | 17 |
| 1.4. Regras e coletivos de trabalho, cooperação e a dinâmica do reconhecimento.... | 18 |
| 1.5. A Clínica da atividade e o conceito de gênero profissional..... | 20 |
| 1.6 O trabalho na “lógica de serviço” | 21 |
| 2- PERCURSO METODOLÓGICO..... | 23 |
| 2.1- Por uma metodologia crítica para o estudo da vida..... | 23 |
| 2.2- Para uma Análise da Atividade de Trabalho..... | 24 |
| 2.3- A Unidade estudada..... | 30 |
| 2.4- Os passos metodológicos seguidos nesta pesquisa..... | 31 |
| 3- OS RESULTADOS E SUA ANÁLISE..... | 41 |
| 3.1 - O Pré-Encontro..... | 42 |
| 3.2- Encontro I - A formação profissional das auxiliares de enfermagem..... | 59 |
| 3.3- Encontro II: A formação de “entidades coletivas relativamente pertinentes” no trabalho das auxiliares de enfermagem na unidade neonatal..... | 80 |
| 3.4- Encontro III: A organização do trabalho na Unidade Neonatal..... | 120 |
| 3.5- Encontro IV: As condições de trabalho das auxiliares..... | 141 |
| 3.6- Encontro V: Fechamento..... | 167 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 204 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 207 |
| ANEXO..... | 215 |

| | |
|--------------------|-----|
| | vi |
| APÊNDICE I..... | 218 |
| APÊNDICE II..... | 219 |
| APÊNDICE III..... | 220 |
| APÊNDICE IV..... | 222 |
| APÊNDICE V..... | 223 |
| APÊNDICE VI..... | 225 |
| APÊNDICE VII..... | 227 |
| APÊNDICE VIII..... | 229 |
| APÊNDICE IX..... | 231 |
| APÊNDICE X..... | 232 |
| APÊNDICE XI..... | 233 |

RESUMO

Esta pesquisa se interessou por compreender a *dimensão relacional* (sua *invisibilidade*) da atividade de trabalho de auxiliares de enfermagem da Unidade Neonatal de uma maternidade do município do Rio de Janeiro e suas conexões com a *saúde* destas trabalhadoras. A investigação teve como objetivos (i) conhecer o enquadre formal do trabalho das auxiliares de enfermagem da Unidade neonatal estudada; (ii) fazer uma aproximação da atividade de trabalho através de visitas (com observações, “encontros sobre o trabalho”, etc.) ao local de trabalho, com o estabelecimento, junto com as protagonistas da atividade em análise, de uma *comunidade ampliada (e dialógica) de pesquisa*; e (iii) contribuir para a visibilização dos aspectos de mais difícil percepção (dado também que, muitas vezes, ocultos) da atividade destas trabalhadoras, a partir de sua “colocação em palavras” e da sinergia / debate entre os pólos dos conceitos e o da experiência da prática, tendo como foco articulador a atividade de trabalho (acreditando que esta visibilização poderia trazer benefícios à saúde destas trabalhadoras). Dando destaque ao *ponto de vista da atividade*, os principais referenciais teóricos utilizados foram a concepção vitalista de saúde presente na obra de Georges Canguilhem e a perspectiva ergológica proposta por Yves Schwartz e outros, incorporando ferramentas teórico-metodológicas de abordagens clínicas do trabalho, como a Ergonomia da Atividade, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade, articulando-as com as proposições de P. Zarifian sobre o modelo de competência e a lógica presente na relação de serviço. Percebeu-se que a dimensão relacional, já pouco visível em qualquer situação de trabalho, é especialmente pouco visibilizada no trabalho destas profissionais, o que parece ocorrer devido às suas “marcas” fruto da divisão social e sexual do trabalho e das posições e valorações socialmente construídas a elas relacionadas, legitimadas e perpetuadas pela cultura médico-hospitalar. Além disso, percebemos que as competências chamadas “relacionais” são fortemente mobilizadas e utilizadas de maneira importante durante suas atividades – especialmente na relação com os pacientes /usuários (bebês) e sua família –, fazendo com que o processo de invisibilização/ não reconhecimento-julgamento seja nocivo para a saúde destas trabalhadoras. Vemos, entretanto, que se estabelece no coletivo profissional estudado, a construção de um ofício/ gênero profissional, que se desenvolve contribuindo para o fortalecimento da saúde e da construção de sentido no trabalho destas profissionais.

Palavras-chaves: trabalho de auxiliares de enfermagem em Unidade Neonatal; Saúde do Trabalhador trabalho em saúde, Ergologia.

ABSTRACT**THE WORK RELATIONAL DIMENSION OF TECHNICIAN NURSEMAIDS
WITHIN A NEONATAL CARE UNIT: ANALYSIS UNDER THE ACTIVITY
POINT OF VIEW**

This research concerned to understand the *relational dimension* of technician nursemaids (its invisibility) during their work activity and the connections with these workers' health status. The study was conducted within a maternity hospital Neonatal Care Unit (NCU) located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The investigation aimed the following objectives: (i) to know the formal frame of technician nursemaids' work, inside the NCU assayed; (ii) to make an approach to work activity by means of performing visits (including observations and "meetings about work") to work environment, establishing a *Amplified Research Community* with the protagonists involved in the activity analyzed; and (iii) to contribute to giving rise visibility to aspects of more difficult perception (and also, in many times, hidden) related to these workers' activity and based on their "putting in words" and on synergy between the conceptual and the practical experience poles. The articulating focus was loaded into the job activity, believing that the visibility could bring benefits in terms of workers' health status. Distinguishing the point of view of activity, the main theoretical references used were: vitalistic health conception according to Georges Canguilhem and the ergologic perspective proposed by Yves Schwartz and others authors. The study incorporated theoretic-methodological tools to address work in a clinic point of view, for instance, Activity Ergonomics, Work Psychodynamic, Clinic of the Activity, all these in conjunction with P. Zarifian propositions about the model of competence and the logic present in service relation. It was noted that the relational dimension, commonly occurring with poor visibility in any work situation, is particularly underseen in those professionals job. This fact seems to be due to their "marks" related to social and sexual work division and to the positions built in a social basis, legitimated and kept on by current medical culture. Furthermore, we found that competences called "relational" were strongly mobilized and frequently used at activities carried on, especially while coping with patients/ cared infants and their relatives. Consequently the invisibility/ non-recognition process turned out to be harmful for technician nursemaids' health condition. We realize, however, that was built an occupation/ professional genre established on professional collective studied. This means a contribution development of health reinforcement and to the work sense construction among these professional women.

Key-words: Nursemaids' work in Neonatal Care Unit (NCU); Workers' health status; Health care working process; Ergology.

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores de enfermagem de nível médio¹ correspondem à maciça maioria dos funcionários dos hospitais, são majoritariamente mulheres (cerca de 90% de seu quantitativo) e estão na linha de frente do processo terapêutico, situando-se no trabalho de cuidado direto dos pacientes. Estes profissionais realizam atividades tidas como manuais e mais simples se comparadas às exercidas pelos enfermeiros e médicos, que prescrevem e organizam seu processo de trabalho, tendo uma possibilidade muito restrita de intervir sobre ele (Lopes & Leal, 2005; Gaíva & Scochi, 2004; Osório-da-Silva, 2002; Scochi *et al.*, 1997, Rego, 1993).

Neste sentido, Osório-da-Silva (1994), afirma que a divisão do trabalho hospitalar tem conseqüências não apenas sobre a qualificação dos trabalhadores, mas também sobre os sentimentos de maior ou menor valorização do trabalho realizado. Estudos diversos sobre o pessoal de enfermagem, especialmente o de nível médio, apontam que esses profissionais sentem-se pouco reconhecidos e valorizados no seu trabalho, apresentando, muitas vezes, sofrimento psíquico relacionado a esse motivo (Rego, 1993, Osório-da-Silva, 1994, Moreira, 1999, Estry-Behar, 2004).

Estes trabalhadores, como identificado por Neffa (1988 *apud* Osório-da-Silva, 1994) também têm a função de fazer as vezes de "cortina" ou "barreira", seja entre médias hierarquias, clientes, usuários, público em geral, seja entre os diretores do estabelecimento. Em diversas atividades do setor terciário, a freqüência com que se formam filas de espera e proliferam queixas e reclamações por parte de pessoas que têm graves dificuldades, provocam entre os trabalhadores que atendem estados depressivos, ou despertam neles uma certa agressividade (Neffa, 1988 *apud* Osório-da-Silva, 1994). Estes estados seriam, segundo o autor, manifestações da carga psíquica do trabalho – aspectos afetivos e relacionais requeridos pelo trabalho.

As auxiliares de enfermagem em Unidades de Tratamento Neonatal

Quanto aos auxiliares de enfermagem que atuam em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais (UTIN), estes são também em sua maioria mulheres e são os profissionais que mais convivem com os bebês internados, sendo responsáveis por seus “cuidados de rotina”, tais como higiene, administração de medicação, alimentação e verificação dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, acompanhamento do peso, controle da quantidade de diurese e evacuação, profilaxia de infecções, entre outros), entre diversas outras tarefas (Lamy Filho, 2003). As auxiliares também são responsáveis pela

arrumação das incubadoras e dos berços e devem fazer o registro de tudo o que observaram sobre o bebê durante a realização de seus cuidados. Além disso, são chamadas a acompanhar a realização de diferentes procedimentos pelos demais integrantes da equipe de saúde junto aos bebês. Compõem o grupo profissional de maior contingente na Unidade e podem fornecer importantes informações gerais sobre o bebê internado e sobre as normas informais do serviço a seus familiares e outros profissionais que ali atuam (Lamy Filho, 2003; Scochi *et al.*, 1997).

No contexto atual da Política de Humanização da assistência ao recém nascido de baixo peso – Método Canguru (Brasil, 2000) – coloca-se cada vez mais em foco o aspecto relacional da atividade dos profissionais que atuam neste tipo de serviço. Segundo Lamy *et al.* (2005), este método seria uma “estratégia de qualificação do cuidado pautada na atitude dos profissionais de saúde diante do bebê e de sua família a partir de um conceito de assistência que não se limita ao conhecimento técnico específico” (p. 665-666). Neste sentido, a aplicação do método abrangeria desde questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor) até o acolhimento à família, a promoção do vínculo mãe/ bebê, o aleitamento materno e o acompanhamento ambulatorial após a alta (*idem*, *ibidem*).

Segundo a Portaria nº 693/GM (Brasil, 2000), “O ‘Método Canguru’ é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido”. A aplicação deste método possui três etapas, relacionadas ao progressivo aumento de peso do bebê e da autonomia dos pais na realização de seu cuidado: a primeira etapa, efetuada dentro da UTI Neonatal (canguru parcial); a segunda, realizada na enfermaria Canguru (internação da mãe junto com o bebê) e a última etapa, que consiste no acompanhamento ambulatorial do prosseguimento da aplicação do método na residência da família.

Assim, no quadro da política atual de humanização apresentada acima, as auxiliares de enfermagem seriam, então, não apenas as profissionais que estariam em maior contato com os bebês, mas também com os seus familiares, com os quais estabeleceriam uma relação não apenas de oferta de cuidados, mas de co-produção deste serviço.

Sobre a aplicação do Programa de Humanização em maternidades municipais do Rio de Janeiro, estudo feito por Deslandes (2005) sobre a ótica dos “gestores”² destas Unidades aponta que de todas as representações acerca da humanização, o sentido menos evocado por eles foi o que associa a humanização da assistência à “humanização das condições de

trabalho dos profissionais” (p. 624). Assim, entendemos que o quadro em que se encontra a atividade colocada em foco por nossa pesquisa não é, já de início, favorável ao desenvolvimento do que chamaremos aqui de *dimensão relacional* do trabalho.

A construção histórica do “trabalho de cuidado”

Os trabalhos realizados por mulheres têm estado historicamente relacionados a atividades que não requerem conhecimentos estabilizados/ formais e que, por isso, não apresentam reconhecimento por parte da sociedade. Os conhecimentos utilizados pelas mulheres nas atividades tidas como femininas são identificadas socialmente como fruto de dons e qualidades inatas a elas, mesmo quando se trata de atividades assalariadas. Entretanto, as diferenças e a hierarquia existentes entre as práticas sociais masculinas e femininas não se explicam pelas diferenças biológicas, mas por uma construção social de base material, o que implica romper com modelos supostos universais (Kergoat, 1996).

Daune-Richard (2003) observa que, enquanto os homens encontram-se muito mais freqüentemente nos espaços considerados técnicos, a presença das mulheres concentra-se amplamente no setor de serviços. Isto se relaciona, segundo a autora, à construção social, presente na maioria das sociedades, na qual as técnicas instrumentais são associadas aos ofícios e, portanto, ao trabalho qualificado, e ao masculino. Já as atividades de serviços são consagradas ao relacional e excluídas de uma representação em termos de tecnicidade, sendo consideradas pertencentes a um universo de trabalho em que são requeridas qualidades inerentes à natureza feminina (*Idem, ibidem*). Essas representações acabam por mascarar as competências mobilizadas pelas mulheres para realizarem suas atividades de trabalho.

Molinier (2000) ressalta que, enquanto os homens ocultam o sofrimento gerado pela organização do trabalho graças à eficácia simbólica de um sistema de condutas e de representações centrados sobre a virilidade, “as manifestações do sofrimento (medo, dúvida, conflito moral, compaixão...) são imputadas às mulheres como sendo a marca de sua inferioridade ‘natural’”.

O conceito de coextensividade busca dar conta de uma sobreposição parcial entre as relações sociais de classe e de sexo, que não se dá de maneira hierarquizada (Hirata, 2002). Assim, segundo Kergoat (1996), as relações sociais de sexo devem ser analisadas como emprestando conteúdos específicos às outras relações sociais.

Os cuidados à saúde estão historicamente ligados às atividades exercidas pelas mulheres, tanto dentro de casa, como profissionalmente (Scavone, 2005). Tais atividades, de *cuidar*, se diferenciam daquelas do *curar*. As primeiras estão ligadas a saberes

geralmente dominados pelas mulheres, remetem a cuidados preventivos e atuam como medidas auxiliares no tratamento central indicado pela medicina. O curar está ligado a uma reparação instrumental do corpo doente, ou seja, remete à técnica, ao domínio da ciência médica (*Idem, ibidem*).

Entende-se então, que o cuidar, visto como inato às mulheres, é desvalorizado frente à perspectiva de cura da medicina, e acaba vinculado ao campo do privado, afetivo, familiar, logo, do não profissional (*Idem, ibidem*).

Ao contrário das competências requeridas no trabalho técnico/ industrial, o setor de serviços mobiliza competências difíceis de mensurar e de ser encontradas em processos formais de qualificação, pois estas são adquiridas muito mais através da experiência e da socialização, especialmente nos espaços domésticos e familiares. Estas competências, fruto de um processo desenvolvido ao longo da vida, não são reconhecidas como qualificação e acabam sendo identificadas, muitas vezes pelas próprias mulheres, como suas “qualidades” intrínsecas (*idem, ibidem*).

No entanto, na configuração atual do capitalismo, estas qualidades tradicionalmente femininas, que antes eram consideradas necessárias apenas no domínio da reprodução, agora são parte essencial do domínio produtivo. Especialmente em campos como o da saúde, cada vez mais se requer a subjetividade de quem trabalha, sua personalidade, sua autonomia, decisão, comunicação, coordenação, capacidade de administração da própria atividade e da dos outros (Pélbart, 2000).

Frente a isso, identificamos uma realidade que, ao mesmo tempo em que necessita e exige dos/as trabalhadores/as características decorrentes de uma qualificação informal, as usa como um dado “a mais” para o setor produtivo ou de serviços sem reconhecê-las socialmente, o que se torna visível na baixa remuneração aos trabalhos que demandam menor qualificação formal (Scavone, 2005).

Clot (2001) identifica como paradoxo na realidade atual de trabalho a exigência, cada vez maior, de disponibilidade e responsabilidade em questões de difíceis respostas sem o oferecimento de condições propícias por parte das organizações do trabalho para que estas atividades possam ser desenvolvidas da melhor maneira. Os trabalhadores acabam por assumir as responsabilidades, “apesar de tudo”.

Além das capacidades físicas e cognitivo-intelectuais e dos saberes formais, os trabalhadores e trabalhadoras que lidam com o cuidado em saúde são mobilizados na sua afetividade (Vieira *et al.*, 2004). Os afetos, junto com os aspectos cognitivo e corporal, participam da atividade de cuidados apresentando uma função importante para a realização do trabalho, como também para a produção de saúde-doença entre estes/as

trabalhadores/as, podendo gerar sentido/prazer e/ou sofrimento para estas pessoas. Isso parece ocorrer especialmente entre aqueles que têm no saber prático e pouco “qualificado” a sua base de formação profissional – como os/ as auxiliares de enfermagem.

Segundo Seifert & Messing (2004) - a partir de estudo realizado no Canadá - os cuidados de enfermagem são, antes de tudo, de natureza relacional e, neste sentido, necessitam de tempo e de uma certa continuidade presencial das profissionais junto aos pacientes e seus familiares. De acordo com as autoras, os aspectos relacionais desta atividade podem fazer parte integrante dos chamados cuidados “de base”, como o banho, e passam pela comunicação verbal e não-verbal. As autoras salientam que, ao encontrarem condições inadequadas de trabalho (como, por exemplo, a falta de tempo ou a dificuldade na continuidade da relação com os pacientes devido às características das escalas e da divisão do trabalho) para desenvolver a sua “natureza relacional”, as profissionais acabam por privilegiar a realização das tarefas prescritas sobre os aspectos relacionais (“compressíveis”) do trabalho. No entanto, a relação com os pacientes seria fonte de satisfação para estas trabalhadoras e, sendo dificultada pelas condições de trabalho, acaba acarretando na perda de parte do sentido do próprio trabalho, podendo gerar impactos no nível de fadiga e de frustração destas trabalhadoras e mesmo uma diminuição da “disponibilidade” destas profissionais aos seus pacientes. Assim, Seifert & Messing (ibidem) chamam a atenção de que a qualidade dos cuidados oferecidos está intimamente ligada à qualidade do emprego (a forma de organização do trabalho, as condições oferecidas, etc.).

Muito tem sido escrito e falado sobre o trabalho das enfermeiras e sobre as relações de gênero que o perpassam. Uma análise dos textos produzidos na área de enfermagem (Moreira, 1999) avalia que estes, na maior parte das vezes, apresentam um caráter determinista e fatalista com relação ao poder do homem sobre a mulher, correlacionando-o com a submissão das enfermeiras aos médicos, de forma a vitimizá-las.

Moreira (1999) resgata um período da história, no século XVIII, em que os cuidados – submetidos à cura com a entrada dos médicos – deixam de ser realizados por irmãs de caridade e passam a ser exercidos de forma remunerada por um pessoal não qualificado: “prostitutas, bêbadas, mulheres de reputação duvidosa”. Como forma de reagir a essa atuação e de possibilitar que “moças de família” pudessem exercer tal atividade, empreende-se um esforço para retomar a “vinculação da imagem do cuidado à devoção, à arte assexuada de dedicar-se ao próximo (...) à capacidade de gestão do espaço hospitalar tal como uma ‘casa’” (p.58).

Esta “retomada” ganha força a partir do nascimento da enfermagem profissional, no século XIX, relacionada à “arte de cuidar”, que se estrutura em consonância com o imaginário reinante em relação à mulher. Funda-se, assim, uma profissão que possibilitaria a extensão dos papéis de esposa e mãe para dentro do hospital.

Moreira (1999) avalia que a profissão de enfermagem moderna instituiu um trabalho em equipe, onde as hierarquizações, subordinações e disputas, de que se queixam os/as enfermeiros/as na relação com os médicos, se reatualizam entre os profissionais de enfermagem de níveis diferentes de formação/ qualificação. Isto se dá, principalmente, com uma aproximação dos/as enfermeiros/as com a gerência da assistência, distanciando-se do cuidado e, de certa forma, menosprezando a prática em favor da teoria. Neste sentido, a aproximação com o saber médico seria valorizada como estratégia de conquista de reconhecimento social e profissional, o que implicaria um distanciamento dos “ocupacionais” de enfermagem (auxiliares e técnicos).

Moreira (*ibidem*) conta que o trabalho dos ocupacionais foi instituído a partir da organização do processo de trabalho da enfermagem moderna e acabou, “pelas distorções do sistema hospitalar brasileiro”, por tornar-se responsável por uma parcela significativa das ações de cuidado ao paciente. A autora identifica, a partir de textos acadêmicos da área de enfermagem, que há uma espécie de transmissão de conhecimento às avessas: os ocupacionais, por desenvolverem um saber e conhecimentos práticos através da empiria da assistência e por aposentarem-se em maior número que os enfermeiros nas unidades de saúde, acabam por funcionar como “instrutores informais” dos estudantes de enfermagem.

As enfermeiras referem-se aos trabalhadores de nível médio como um pólo que procuram colocar em uma posição subordinada, de complementaridade, do qual é necessário se afastar, exercendo liderança. Também a respeito da relação entre estes trabalhadores e os de nível superior, muitos textos se preocupam com a dificuldade de clareza nas delimitações e diferenciações da divisão técnica do trabalho de enfermagem (*Idem, ibidem*).

A atividade de trabalho em foco: o caso de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal

A atividade de trabalho que tivemos como foco de estudo durante o período do curso de mestrado em saúde pública foi a de auxiliares (e técnicas³) de enfermagem de uma Unidade de tratamento (intensivo, intermediário e de baixo risco) de um hospital-maternidade municipal da cidade do Rio de Janeiro.

A aproximação deste campo de estudo se deu a partir de uma experiência de estágio em psicologia⁴, durante o qual tivemos a oportunidade de participar de algumas reuniões realizadas com profissionais atuantes desta Unidade. Estas reuniões eram coordenadas pela chefe do Serviço de Saúde Mental (psicóloga e nossa supervisora de estágio) e tinham como objetivo funcionar como “grupos de escuta” sobre questões trazidas principalmente pelos/as trabalhadores/as de enfermagem desta unidade. Estes grupos funcionavam a partir de uma perspectiva de escuta psicanalítica e tinham a participação da chefia de enfermagem, além de enfermeiros e auxiliares. A demanda pela realização destas reuniões surgiu a partir da preocupação de uma médica⁵ em oferecer, principalmente às auxiliares de enfermagem, cursos de orientação sobre a humanização dos procedimentos feitos com os bebês internados na Unidade Neonatal, com temas como posicionamento/ posturação dos bebês na incubadora, exposição à luminosidade e a ruídos e a prevenção de infecções hospitalares. A idéia de oferecer uma escuta a estas profissionais antes da realização dos cursos se relacionava com uma preocupação em não se desconsiderar o ponto de vista da realidade prática do trabalho das auxiliares, podendo haver maior espaço para que elas incorporassem novos modos de proceder, provindos de estudos científicos.

As falas das trabalhadoras durante as reuniões chamaram nossa atenção, especialmente no que tange às relações conflituosas e desgastantes decorrentes do contato próximo e corrido com os bebês - em sua maioria, prematuros e/ ou com graves acometimentos à saúde, sendo atendidos por um número restrito de auxiliares, dentro de uma Unidade de Tratamento Intensivo quase sempre superlotada. As auxiliares foram as que mais apresentaram questões sobre o cotidiano de trabalho na UTI e contaram sobre como faziam para lidar com os embates e as dificuldades de suas atividades, incluída aí a proximidade (corporal e afetiva) com seus pacientes-bebês.

A partir daí, e visto que as auxiliares demonstraram valorizar um espaço em que pudessem falar sobre o seu trabalho e apresentavam demanda para tal, fomos despertadas a voltar a esta Unidade (o que ocorreu três anos depois) para aprofundar um diálogo que fora apenas esboçado durante o estágio.

O Problema de pesquisa e os objetivos do estudo

A partir do quadro apresentado acima, gostaríamos de situar o nosso *problema de pesquisa* e destrinchar os seus componentes:

Qual a relação entre a *invisibilidade* de diversos aspectos da atividade *relacional* das auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal e a *saúde* destas trabalhadoras?

- Invisibilidade:

Entendemos que dentro da noção de invisibilidade podemos incluir a própria divisão sexual e social do trabalho como os principais fatores que a engendram de maneira a gerar uma sub-valorização e mesmo uma valoração negativa a uma categoria feminina e pouco escolarizada/ qualificada formalmente;

- Saúde:

A saúde está sendo considerada aqui como a possibilidade de recriação do meio em que se vive e se trabalha, na busca de sua renormatização e recentramento em função de valores (individuais e coletivos) próprios, diferindo-se de uma perspectiva exclusivamente baseada em quadros patológicos ou psicopatológicos. Neste sentido, saúde não significaria necessariamente a falta de sofrimento e adoecimento, mas sim a conquista de condições favoráveis ao desenvolvimento da capacidade de lidar com a sua presença que, afinal, faz parte da vida. Dessa forma, o prazer no trabalho não estaria necessariamente distante ou isolado de diversas formas de sofrimento e mesmo riscos à saúde, já que este conceito de saúde envolve a idéia de gestão dos riscos.

- A dimensão relacional da atividade de cuidado:

Por atividade relacional deve-se entender uma tentativa de se falar sobre a preponderância, no tipo de trabalho realizado por estas trabalhadoras, do “relacionar-se” próprio dos humanos. Assim, o aspecto relacional da atividade em foco envolve diversas dimensões extremamente imbricadas e dificilmente isoláveis, tais como: a própria dimensão linguageira dos humanos, a dimensão cognitiva, a expressão do corpo e a dimensão afetivo-emocional.

Neste sentido, nossa pesquisa a ser apresentada ao longo desta dissertação, desenvolveu-se a partir do seguinte *objetivo geral*:

Conhecer aspectos menos visíveis (e verbalizáveis) da atividade de trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal e sua relação com a saúde destas trabalhadoras.

Este objetivo geral envolveu os seguintes *objetivos específicos*:

- Conhecer o enquadre formal do trabalho das auxiliares de enfermagem da Unidade neonatal estudada;

- Fazer uma aproximação da atividade de trabalho através de observações da atividade e do estabelecimento de diálogos com as trabalhadoras sobre o seu trabalho (através de visitas e encontros realizados no local de trabalho);

- Contribuir para a visibilização dos aspectos oculta(do)s da atividade destas trabalhadoras a partir de sua “colocação em palavras” e de um debate entre os conceitos

científicos e a experiência prática sobre a atividade de trabalho em foco. Acreditando que esta visibilização poderia trazer benefícios à saúde destas trabalhadoras.

Divisão da dissertação

Este trabalho está dividido em três partes: um capítulo inicial que apresenta as referências teóricas que nos guiaram desde a formulação de nosso campo e objeto de estudo até a análise dos materiais provindos daí; um segundo capítulo incluindo, desde a perspectiva do que entendemos por metodologia, até a apresentação do percurso metodológico encaminhado por esta pesquisa. Em seguida, há um capítulo com a apresentação concomitante dos resultados da investigação e sua análise. Por último, realizamos uma tentativa de condensar as análises e expor nossas considerações finais sobre este trabalho.

¹ De acordo com a lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, tanto técnicos como auxiliares de enfermagem exercem "atividades de nível médio". No entanto, a formação mínima do técnico envolve o ensino médio mais um curso de formação específico como "técnico de enfermagem". Já os auxiliares também têm que ter um diploma específico de formação como "auxiliares de enfermagem", mas se dividem entre os que possuem e os que não possuem a formação escolar de nível médio. Legalmente, há diferenças também quanto às possíveis funções e responsabilidades destas duas categorias, estando o auxiliar mais próximo de um trabalho de "execução simples" e o técnico, da possibilidade de participar da programação da assistência e da própria orientação e supervisão do trabalho em nível auxiliar. No Brasil, atualmente, estaria havendo um processo gradativo de (re)qualificação dos auxiliares de enfermagem para o nível técnico (Lopes e Leal, 2005).

² Colocamos o vocábulo *gestor* entre aspas por que em nosso entendimento este tem sido usado como inovação, em substituição aos de *chefe*, *coordenador*, ou *gerente*, mas acaba por perder de vista as riquezas da gestão presente em **todo** trabalho, não apenas no do "gestor".

³ Referimos-nos a estas trabalhadoras como "auxiliares" devido a seu cargo funcional formal, porém a complementação da formação como técnicas de enfermagem foi realizada pela grande maioria das profissionais que foram foco deste estudo.

⁴ Este se inseriu na conformação de "estágio acadêmico de psicologia", em referência aos "acadêmicos" de medicina ou enfermagem, por exemplo. O regime do estágio era de 24 h semanais e compreendeu o período de nove meses (de abril a dezembro de 2003) de atuação no "Serviço de Saúde Mental" do Hospital.

⁵ Pediatra de rotina, coordenadora de um programa de acompanhamento e reabilitação das crianças nascidas no hospital. Esta médica tinha como parte de suas atividades, além do atendimento destas crianças em ambulatório, o acompanhamento dos bebês na Unidade de Baixo Risco (UBR).

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, apresentaremos a base teórica que fundamenta a perspectiva seguida por nós para a realização desta pesquisa, a qual se caracteriza por privilegiar o ponto de vista da atividade na busca por compreender-transformar a relação entre trabalho e saúde. Neste sentido, articulamos uma base teórico-conceitual que mobiliza algumas áreas disciplinares (no caso da ergologia, talvez uma [in]disciplina), suas posições epistemológicas, seus instrumentos conceituais e metodológico-técnicos. Tais instrumentos – em torno das noções de saúde e de atividade de trabalho - atuaram como norteadores de todo o percurso da nossa investigação, desde a preparação do trabalho de campo, até a análise e sistematização dos resultados, conformando a nossa “caixa de ferramentas” e dando destaque à produção linguageira *no, sobre e como* trabalho.

1.1- Conceito vitalista de saúde

A partir da visão vitalista proposta por Georges Canguilhem (2002), entendemos que a saúde não se limita ou se identifica com a simples ausência de doença. Saúde é entendida, então, como “margem de segurança”, poder de tolerância e de compensação às agressões do meio. Assim, mais do que prevenir os riscos, a saúde possibilita a abertura aos riscos, através da capacidade de lidar com eles, transformando-os; ou seja, através da conquista dos meios para se viver os riscos. Nesse sentido, ser saudável é ser mais do que adaptativo, é ter uma margem de tolerância não só para enfrentar, mas, também, para superar as infidelidades do meio (Canguilhem, 2002; Caponi, 1997).

Em posição aproximada, Dejours (1986) entende que a relação entre trabalho e saúde nunca é neutra. Nesta relação, o trabalhar tem a potência de agir como um operador de saúde, podendo fortalecer a sua conquista ou contribuir para o adoecimento. De acordo com o autor, a questão em relação à saúde não é *trabalhar* ou *não trabalhar*, a questão corretamente colocada é: “qual é o trabalho?” (p.10). Neste sentido, é na possibilidade de criar novas normas de acordo com os próprios valores (individuais e coletivos), renormatizando, recriando o meio em que se vive e se trabalha, que se pode caminhar em direção à saúde. O adoecimento estaria, então, relacionado ao impedimento da criação de novas normas.

Na perspectiva ergológica, mesma linhagem filosófica de Canguilhem, Schwartz (2002) afirma que toda vida humana pára de se manifestar de forma sadia, a partir do momento em que o meio pretende lhe impor integralmente as suas normas, tornando-se um meio “invivível”.

1.2- A perspectiva ergológica

A Ergologia vem sendo construída a partir da França, mobilizada inicialmente pelas interrogações sobre as transformações (“mutações”?) do trabalho, e afirma o necessário diálogo sinérgico entre diferentes saberes, sejam os disciplinares, sejam aqueles advindos da experiência, incontornáveis para a realização de análises sobre o trabalho (Brito, 2004).

Brito identifica aí convergências entre esta perspectiva acerca dos problemas do trabalho com a proposta gerada no campo da Saúde do Trabalhador, ambas marcadas especialmente pelas idéias e princípios oriundos do Movimento Operário Italiano de luta pela saúde (MOI) (Oddone *et al.*, 1981; 1986) da década de 60-70. De acordo com a autora, o campo da Saúde do Trabalhador, no Brasil, incorpora dois de seus princípios fundamentais: a interdisciplinaridade e a participação dos trabalhadores nos estudos, como portadores de um saber sobre o processo saúde/ doença no trabalho. No entanto, ela chama a atenção de que os estudos e práticas na área de Saúde do Trabalhador deveriam explorar mais as potencialidades contidas no Modelo Italiano. A seu ver, têm-se observado muitas contradições nas pesquisas que vêm sendo realizadas neste campo, as quais muitas vezes acabam não se distinguindo o suficiente daquelas que se baseiam unicamente em referenciais de disciplinas isoladas, como a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional. Brito atribui essas contradições ao não desenvolvimento de novas categorias de interpretação e de métodos adequados ao cenário atual, na sua complexidade e diversidade.

Neste sentido, tendo como uma de suas principais inspirações justamente o MOI (além da Ergonomia da Atividade), a perspectiva ergológica traria importantes contribuições ao estudo da relação saúde-trabalho. Um dos conceitos baseados na experimentação italiana seria o “dispositivo dinâmico de três pólos”⁶ (Schwartz, 2000b), criado a partir de uma avaliação sobre os limites do conceito de “comunidade científica ampliada”, encaminhado no MOI. Este propõe o encontro entre os materiais gerados por diferentes disciplinas científicas e os saberes e valores gerados pelas experiências dos trabalhadores como meio de se construir um conhecimento mais factível sobre a atividade de trabalho.

Segundo a perspectiva ergológica (Schwartz, 2003), “a atividade de trabalho é sempre tentativa, mais ou menos individual, mais ou menos coletiva, de reinventar maneiras de fazer, maneiras de viver as contradições, as restrições, os recursos do presente”. Para o autor, este conceito é central no estudo sobre o trabalho e está marcado por três características essenciais: “a transgressão: nenhuma disciplina, nenhum campo de práticas pode monopolizar ou absorver conceitualmente a atividade; (...) a mediação: ela impõe-nos dialéticas entre todos estes campos, assim como entre o ‘micro’ e o ‘macro’, o local e o

global...; a contradição (potencial): ela é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormatização resingularizadas pelos seres humanos” (Schwartz, 2005).

Entende-se que a atividade (tendo a atividade de trabalho como matriz) se dá em dois registros, num movimento de dupla antecipação (Schwartz, 2002). A primeira antecipação corresponde às *normas antecedentes*, ou seja, as regras colocadas ao trabalhador, os conhecimentos transmitidos, mais ou menos estáveis, necessários para a realização do trabalho, as formas previstas e/ ou prescritas de sua realização. Este primeiro registro antecipa a realização do trabalho em si, da atividade no próprio momento em que ela ocorre. Mas a antecipa apenas em parte.

A segunda antecipação se dá no encontro com o meio, situação em que ocorre, necessariamente, um retrabalho das normas antecedentes. Este retrabalho – *renormatização* – é conseqüência da constatação da insuficiência das primeiras antecipações para compreender os processos reais do trabalho. Assim, “enquanto o primeiro registro pode ser dito e ensinado antes de qualquer efetivação, esse segundo movimento, ao contrário, é gerado no próprio laboratório das experiências de trabalho” (Schwartz, 2002, p.115).

Schwartz dá à distância entre estes dois registros, o estatuto de ser justamente o “próprio encontro do trabalho como lugar e matriz importante da história das sociedades humanas” (p.116).

1.2.1- As dramáticas do uso de si e o *corpo-si*

Para falar sobre o que ocorre com os sujeitos no trabalho, a Ergologia recusa a idéia de que trabalho seja “execução”, contrapondo a idéia de que trabalhar envolve fazer “uso de si”. Um “*uso de si*” que remete em parte ao uso das próprias capacidades, dos próprios recursos e das próprias escolhas para gerir as infidelidades do meio, sempre presentes (Schwartz, 2007a). Segundo esta perspectiva, dizer que o trabalho é uso de si é afirmá-lo como lugar de uma “tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar” (p.?). Assim, durante a realização de uma atividade de trabalho, são convocados, mesmo que de forma não aparente, recursos e capacidades do indivíduo, infinitamente mais vastos do que os que são explicitados pela tarefa (Schwartz, 2000a).

Este “uso” é, não só “de si *por si*”, mas também “de si *pelos outros*”, ou seja, o que é feito de *si* pelos outros (colegas de trabalho e hierarquia). Ambos cruzam toda atividade de trabalho numa dramática, onde se encontra, além de conflitos e subordinação a regras, a busca por possibilidades de mudanças das condições e da organização do trabalho. Assim, afirmar que a atividade de trabalho é uma *gestão de dramáticas de uso de si*, e não apenas

uma atividade de mera execução, é dizer que ela envolve inteiramente a pessoa que trabalha (Schwartz, 1998). Neste sentido, *as dramáticas de uso de si* se definiriam como situações em que “o indivíduo tem que fazer escolhas, ou seja, arbitrar entre valores diferentes e, às vezes, contraditórios. Uma dramática é, portanto, o lugar de uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente, na qual cada um se vê na obrigação de se escolher, ao escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo” (idem, ibidem).

Schwartz (2007b) propõe a noção de “corpo-si” (embora insatisfeito com esta noção), em vez de “subjetividade”, para ressaltar que, quando se fala de dramáticas de uso de si, “o corpo nunca está colocado fora de jogo”. Assim, para o autor, quando se fala do *corpo*, aí se compreende também a inteligência, o sistema nervoso, as regulações, a história: “a maneira pela qual o corpo enfrenta as situações de trabalho equivale a um enfrentamento da história, porque esse famoso corpo se formou, sem dúvida, na história da humanidade, mas na história de cada um também. Ele se adestrou de alguma forma, se acostumou” (idem, ibidem).

1.2.2- Os “ingredientes” do “agir em competência”

Schwartz (1998) salienta que toda atividade de trabalho comporta, pelo menos, três polaridades⁷ diferentes: “o grau de apropriação de saberes conceitualizáveis, o grau de apreensão das dimensões propriamente históricas da situação e o debate de valores a que se vê convocado todo indivíduo num meio de trabalho particular”. Compreende-se, assim, que toda atividade de trabalho procura articular elementos e registros diversos e, neste sentido, envolve uma complexidade não facilmente destrinchável e verbalizável. Schwartz propõe pensarmos a competência como composta por “ingredientes”, tais como os de uma receita culinária, em que a presença de cada um deles é importante, mas a sua combinação saborosa será fruto das proporções realizadas pelo cozinheiro. Também metaforizando a culinária, entendemos que nenhuma comida, por mais que tenha sido preparada com base em uma mesma receita será igual conforme se varie o cozinheiro e o próprio gosto de quem a experimenta, sendo bastante suscetível ao contexto em que é feita.

Entendendo competência como uma modalidade eficiente de negociações complexas a que se vê confrontada toda pessoa ao trabalhar, esta se caracteriza por ser:

“uma combinação problemática de ingredientes heterogêneos que não podem ser todos avaliados nos mesmos moldes e, muito menos ainda, quando ela inclui uma dimensão de valor, uma vez que ninguém dispõe de uma escala absoluta de avaliação de valores.” (Idem, ibidem)

A partir desta definição, Schwartz propõe seis ingredientes que compõem, em diferentes medidas e proporções, o que ele chama de uma *competência industriosa*. O *primeiro ingrediente* corresponderia à capacidade de gerir as normas antecedentes presentes em toda atividade de trabalho, sua dimensão prescrita, antecipável e apreendida de maneira formal. A qualificação para o trabalho, através da formação escolar / formal e da formação profissional clássica, seriam exemplos deste primeiro ingrediente da competência. Assim, este ingrediente supõe dominar, ao menos em parte, saberes mais ou menos codificados e exige uma disciplina – difícil e algo dolorosa –, mas indispensável. Além disso, são necessários o deslocamento e a descontextualização da pessoa no que tange a seu próprio espaço, a seu próprio tempo de vida (Schwartz, 2006).

O *segundo ingrediente*, situado em pólo oposto ao primeiro, traz a dimensão da experiência do encontro, através de uma ressingularização em relação às normas antecedentes. É o ingrediente mobilizado frente às variabilidades das situações de trabalho, não previstas no seu protocolo, não antecipáveis e fruto de um aprendizado e de uma inteligência do corpo. Assim, em relação ao uso deste ingrediente, “ser competente (...) equivale a ter-se ‘imbuído’, num grau mais ou menos forte, dessa historicidade que a dimensão conceitual, pelo menos num primeiro tempo, ignora”.

Schwartz chama a atenção de que, enquanto os elementos trazidos pelo primeiro ingrediente são mais facilmente enunciados e transmitidos, os do segundo são dificilmente verbalizáveis e “não se incorporam no instante”, precisam ter condições específicas de um “armazenamento na forma de patrimônio”. No entanto, isso não significa que não estejam embasados em “regras implícitas, atividade conceitual, conhecimentos acompanhando as escolhas e gestões das situações”. A utilização deste ingrediente envolve direta e completamente o corpo de quem trabalha, caracterizando-se como “competências incorporadas” e pela “onipresença de um corpo, de um ‘corpo-si’, nas circunstâncias de uma gestão eficiente das situações” (Schwartz, 1998).

O *terceiro ingrediente* é aquele que busca instaurar uma dialética entre os ingredientes 1 e 2: “capacidade e propensão variáveis para ‘estabelecer uma dialética’ ou uma consonância entre os dois primeiros” (*idem, ibidem*). Assim, este ingrediente permitiria articular o domínio de um saber estabilizado, formal, protocolar (ingrediente 1) com a pertinência do seu uso em situação real, particular (no “tempo oportuno” do *kairós*). Caracteriza-se, por exemplo, como um ajustamento das necessidades dos clientes (singulares, variados) aos procedimentos protocolares em um trabalho no setor de serviços.

O *quarto ingrediente* da competência está relacionado às possibilidades de “recentramento do meio” por parte de quem trabalha, ou seja, se refere a quanto o meio de

trabalho possibilita, estimula ou desestimula a expressão dos valores daqueles que trabalham e o “armazenamento na forma de patrimônio” dos modos eficientes construídos coletivamente para se realizar o trabalho. Assim, este ingrediente fala das condições para que a eficiência possa progredir nos meios de trabalho, a partir do que ele oferece em termos de espaço de renormatizações, de ressingularização, de recentramentos parciais, ínfimos ou visíveis (Schwartz, 1998). Neste sentido, trata-se de identificar em que medida a pessoa pode fazer com que um meio de trabalho seja em parte “o seu” (Schwartz, 2007d) e isso é determinante para que os demais ingredientes do “agir em competência” sejam ou não utilizados de maneira que se possa compatibilizar eficiência e saúde no trabalho.

O *quinto ingrediente* da competência define-se a partir da “reflexão” de que a forma como o meio pode ser renormatizado por quem trabalha (4º Ingrediente) interfere em todos os outros ingredientes aumentando ou não a possibilidade de apropriação do trabalhador pelo seu trabalho, sua inserção como membro de um coletivo com valores próprios e portadores de uma legitimidade. De acordo com Schwartz (1998): “há recorrência parcial do ingrediente quatro em todos os outros”. Assim, “a partir do momento em que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos” (Schwartz, 2007d).

O *sexto e último ingrediente* seria o que Schwartz (1998) chama de “qualidade sinérgica”: uma competência do coletivo de trabalho em constituir equilíbrios variados e complementares de ingredientes, conforme o tipo e o nível da tarefa ou da missão a ser realizada. Este ingrediente está relacionado à cooperação no trabalho – que se apresenta em diferentes configurações de coletivos – e seria responsável pelo estabelecimento de uma síntese funcional dos outros ingredientes, gerando uma utilização eficaz de cada um deles pelo coletivo, a partir das situações colocadas a este pelo trabalho.

1.2.3- As “entidades coletivas relativamente pertinentes” (ECRP)

Schwartz (2007c) define as ECRP como coletivos de “contornos variáveis”, que estão na fonte da eficácia no trabalho. Ao compreender a eficácia como algo que está longe de ser totalmente controlável pela hierarquia e que é, na verdade, fruto de um trabalho cooperativo bem consolidado, entende-se que estes coletivos se formam sem delimitações definidas *a priori*, nem externamente aos seus membros. É a atividade de trabalho, em um momento e situação dados, que define os limites, as fronteiras da atuação e da configuração de um determinado coletivo. Assim, segundo o autor, para se delimitar uma ECRP, é necessário “ampliar a noção de coletivo no espaço e no tempo”.

De acordo com esta perspectiva, as equipes, no seu funcionamento real, são necessariamente diferentes do que está previsto nos organogramas, nas pré-definições de funções e de responsabilidades e se organizam a partir de objetivos (de eficácia) e preocupações comuns, externos às prescrições. Essas “equipes” se constituem a partir de uma história própria, de acordo com o que a atividade de trabalho apresenta como necessidade, em um determinado momento. Portanto, podem mudar de acordo com as diferentes situações vividas no trabalho e com as diferentes pessoas presentes nas situações.

Schwartz dá ainda a este conceito o importante status de representar um “lugar de transição dinâmica” de valores entre os processos macro e micro de transformação dos mundos do trabalho. Ou seja, entre o debate político mais global e universalizável e o (re) processamento deste debate no território mais local das atividades. Assim, por exemplo, é através das ECRP que determinadas políticas de assistência à saúde de recém-nascidos de baixo peso podem ser questionadas através de renormatizações da prática de trabalho em determinado hospital e podem, mesmo que a longo prazo ou de modo ínfimo, influenciar a criação de novas normas/leis para tal assistência. Do mesmo modo, e em sentido contrário, novos estudos, tecnologias e procedimentos técnicos desenvolvidos de modo mais global podem influenciar diretamente a forma de atuar dos trabalhadores no nível local. Ao afirmar essa transição dinâmica de valores em duplo sentido, a perspectiva ergológica procura sempre ressaltar a potência presente na atividade humana, mesmo no seu nível mais micro, chamando a atenção de que aí estão contidas mais possibilidades de transformação das situações de trabalho do que se costuma apostar.

Um outro aspecto fundamental das ECRP é o fato de que comportam, para o seu funcionamento, como “comunidades de valores”, ou seja, alojam os valores socialmente partilhados, assim como uma linguagem própria entre os atores, muitas vezes só compreensível por eles próprios, especialmente dentro do contexto específico da atividade que os une.

Ao mesmo tempo em que chama a atenção para o fato de que as ECRP são imprescritíveis e não antecipáveis, Schwartz (*ibidem*) nos alerta para a importância de reconhecer a sua construção, colaborar para tal e promover a sua relativa estabilidade. Esta seria uma postura apreciável por parte dos gestores, na medida em que estariam abertos à *gestão do uso de si* (Schwartz, 2004) que é realizada pelos próprios trabalhadores durante a sua atividade, meio privilegiado de construção da eficácia no trabalho.

Em paralelo ao conceito de ECRP, podemos encontrar a noção de organização em *redes* (em vez de organização em *equipes*), a partir da discussão de Zarifian (2001a, p. 87-88) sobre o trabalho na *lógica de serviço*. Através da idéia de *rede*, o autor procurará

chamar a atenção de que os limites das atividades de trabalho não se resumem ao quadro de uma equipe específica. Zarifian (*ibidem*) diz, porém, que formação destas redes existem – quer de maneira informal ou pontual –, mas muito aquém do seu potencial em matéria de eficiência, devido ao não favorecimento da construção destas redes por parte das organizações. Assim, entendemos que o paralelo com Schwartz (2007c) aumenta, pois os autores dão grande importância aos meios oferecidos aos trabalhadores para a construção de redes que extrapolem a divisão de trabalho oficial e tenham como horizonte a realização de um *serviço*⁸.

1.2.4- As dramáticas de uso de si no trabalho em saúde

Para Schwartz (2005c), os ofícios de cuidados à saúde levam ao extremo as dramáticas de uso de si presentes em todo “trabalhar, gerir”. Isso devido a dois motivos:

1. porque há um encontro particularmente crítico de dramáticas de uso de si dos pacientes e dos próprios trabalhadores, atravessadas pela história e singularidade de cada um, e que, portanto, não pode ser facilmente codificado e procedimentarizado. Ressalta-se, com isso, que na gestão deste trabalho encontra-se realmente um *corpo-si* e não apenas um *si*, no sentido de uma subjetividade descolada do corpo.

2. porque é necessária a gestão de três pontos de vista que co-existem nos serviços médicos: as prioridades orçamentárias, as prioridades dos médicos (estabelecer o diagnóstico e combater a doença) e as prioridades da enfermagem (tratar). Assim, o que é eficaz para a pessoa que está sob cuidados é diferente em função dos objetivos dos atores do sistema hospitalar. Trata-se, então de um problema de confrontação entre valores, para o qual o coletivo tem importância considerável na sua gestão. O confronto se dá entre os valores “sem dimensão” (saúde, vida, bem estar, etc) e os dimensionáveis, quantificáveis (o orçamento, a eficiência, o tempo de permanência, etc.), estes últimos muitas vezes desconectados do “trabalho como gestão”, gerando debates de normas às vezes críticos.

1.3- A Ergonomia da Atividade

A Ergonomia da Atividade (originalmente francofônica) contribuiu para a análise do trabalho, de forma decisiva, a partir da distinção entre o trabalho prescrito pela organização do trabalho e aquele que é efetivamente realizado pelos seus operadores. Segundo Montmollin (*apud* Telles, 1995, p. 11-12) tarefa (ou trabalho prescrito) indica a prescrição das performances exigidas pelo trabalho e dos conhecimentos prévios que se supõem necessários para a sua efetivação. A atividade (ou trabalho real) é caracterizada pelos

processos utilizados, pelas condutas, pelas performances realizadas e pelos resultados obtidos, compreendidos de maneira não isolada.

Nesta mesma linhagem da Ergonomia, Guérin *et al.* (2001, p.14) enfatizam que, num primeiro momento em que se pergunta a um trabalhador o que ele faz, ele tende a falar de sua tarefa, ou seja, das quantidades a produzir, dos prazos a cumprir, do dispositivo a conduzir, dos procedimentos a respeitar, etc. De acordo com os autores, ao mesmo tempo em que a tarefa é exterior ao trabalhador e determina e constrange sua atividade, ela é “um quadro indispensável para que ele possa operar: ao determinar sua atividade, ela o autoriza” (p.15).

A atividade seria entendida como uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição, e a distância entre o prescrito e o real seria a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre “o que é pedido” e “o que a coisa pede” (p.15).

Um conceito-chave para esta abordagem é o de *variabilidade*, que remete ao que varia na realidade de trabalho, às situações novas e imprevistas que aí se apresentam permanentemente, ou seja, ao que Canguilhem nomeava “infidelidades do meio”. É frente a tais variações (e ao acaso, que também incide no trabalho) que o trabalhador vai colocar em ação modos operatórios reguladores (eventualmente des-regulações, desvios⁹) isto é, formas de reinvenção na maneira de realizar seu trabalho.

Ressalta-se, assim, que a atividade deve ser conhecida e compreendida a partir das situações reais de trabalho, o que faz com que se privilegie uma análise “de campo”. Neste contexto, a Ergonomia da Atividade vai se preocupar com as estratégias (regulação, antecipação, etc.) usadas pelo operador para administrar a distância entre a prescrição e o trabalho real (Guérin *et al.*, 2001, p.15). Assim, esta modalidade de análise ergonômica focará o modo como o trabalho é sempre objeto de uma gestão e de uma apropriação pessoal pelo trabalhador, mesmo tendo sido prévia e heteronomamente fixado pela definição da tarefa (Idem, p.18).

1.4- Regras e coletivos de trabalho, cooperação e a dinâmica do reconhecimento

Dejours (1993) afirma que, para que um grupo de pessoas reunido no trabalho possa se tornar de fato um *coletivo*, é necessário que tenha sido construída neste grupo a *cooperação* entre seus membros. A cooperação, por sua vez, apresenta algumas condições para se desenvolver: necessita de um quadro de referência sobre a divisão do trabalho e a relação entre as pessoas (o que Schwartz [2002] chamaria de *Registro 1* ou *normas antecedentes*); a *confiança* entre os membros do coletivo para dar visibilidade aos modos

operatórios utilizados para lidar com a defasagem entre o trabalho prescrito e o real; condições propícias à confrontação de opiniões sobre a organização do trabalho ("espaço público interno de discussão"); e a *retribuição* (como *gratidão* e *constatação* dos esforços e dos riscos corridos por aqueles que questionaram a organização prescrita) à contribuição dada pelos sujeitos à organização do trabalho a partir de sua subversão (configurando a *dinâmica do reconhecimento*).

Assim, os agentes de um coletivo constroem *regras de trabalho* para fazer face às insuficiências da organização prescrita do trabalho (Dejours, 2004). Mas o autor ressalta que apenas a concordância com as regras de trabalho comuns ao conjunto dos agentes não é suficiente para que a cooperação entre eles se instaure. É necessário ainda que sejam reunidas as condições que permitam a essas regras acenderem a uma "efetividade social". Assim, o autor enfatiza que a cooperação somente é possível a partir de uma *confiança* que se instaura, primeiramente, através de uma "visibilidade das diferentes maneiras de trabalhar" (p.269).

O modo como pode se dar essa "efetividade social" é através do que Dejours (1993) chama de *dinâmica do reconhecimento*. Segundo ao autor, o *reconhecimento* deve ser compreendido no duplo sentido do termo:

- no sentido de gratidão, da hierarquia e da empresa, pela contribuição à organização do trabalho;

- no sentido de constatação, de testemunho da realidade, de tomada de consciência da contribuição dos sujeitos para a organização do trabalho e, portanto, simultaneamente, de tomada de consciência das insuficiências, dos limites, e até das falhas do processo técnico e da concepção da organização do trabalho.

Nesta perspectiva, o reconhecimento é um elemento capital da cooperação e é a forma específica de retribuição psicológica frente à identidade no mundo do trabalho. O reconhecimento é, no campo das relações sociais mediatizadas pelo trabalho, a forma eleita de gratificação no registro das expectativas do sujeito no que refere à realização de si.

Segundo Dejours (2004), o reconhecimento passa por dois tipos de julgamento: o de *utilidade* e o de *beleza*. O primeiro é lançado pela *hierarquia*, sendo da ordem da eficiência e faz parte da esfera da utilidade social, econômica e técnica das contribuições singulares e coletivas dos sujeitos na elaboração da organização do trabalho. Já o segundo, é realizado pelos *pares* e considera, além do respeito às normas, às regras e aos valores da arte, a contribuição singular vinculada à criatividade e à originalidade.

Neste sentido, é em troca da retribuição dada pelo reconhecimento da hierarquia e dos pares que o sujeito dá a sua contribuição. E é na esperança de obter este reconhecimento que ele continua a fazer os esforços para gerar a contribuição à organização do trabalho.

Também em relação ao problema do reconhecimento, Zarifian (2001c) afirma que este não é um “‘depois’ que vem, de algum modo, recompensar um esforço particular, mas um ‘durante’ que vem sustentar e legitimar o esforço que representa a transformação da ‘profissionalidade’”. Assim, os agentes mobilizariam mais sua competência *na medida* em que ela é reconhecida.

Ele discute ainda a questão da necessidade de uma “regulagem” da distância entre a chefia e os trabalhadores. Defende que se deve sempre procurar a “boa” distância: aquela em que a chefia hierárquica não chega a abafar os processos de autonomia do grupo por estar demasiado próxima, nem tão longe que deixe a impressão aos trabalhadores de que estes não estão sendo apoiados, nem reconhecidos (p.85-86).

Neste sentido, Zarifian coloca três condições para que a responsabilidade dos operadores seja assumida com sucesso:

1^a- que ela seja acompanhada de uma verdadeira delegação de confiança por parte da chefia;

2^a- que seja acompanhada de meios (a começar por meios de formação e de apoio) que permitam ao operador “assumir responsabilidade”, com a possibilidade efetiva de exercê-la sem se expor, no mesmo instante, a sérios fracassos;

3^a- um reconhecimento simbólico, eventualmente também pecuniário, deve acompanhar em tempo real essa mudança de atitude.

1.5- A Clínica da atividade e o conceito de gênero profissional

A partir da experiência da formação de *grupos homogêneos* entre trabalhadores durante a experimentação do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (Oddone, 1986) e do conceito de *gênero discursivo* da abordagem de Bakhtin (1984), a Clínica da Atividade (Clot, 1999b) propõe falar de *gênero profissional* do coletivo de trabalho. Sobre este conceito, Clot afirma: “trata-se, para um coletivo dado, das maneiras de fazer, dizer ou sentir, estabilizadas ao menos por um tempo neste meio profissional; e que concernem tanto às relações com a tarefa quanto com os colegas, tanto às relações com a hierarquia quanto com os sindicatos, por exemplo”. Neste sentido, o autor chama a atenção de que o *gênero profissional* concerne tanto às atividades técnicas e corporais quanto às atividades linguageiras e estabiliza e fixa – jamais de forma definitiva – as maneiras comuns de “pegar” as coisas e os homens. Assim, um gênero nada mais é do que “o sistema aberto de

regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas” (Clot, 2006, p. 50).

O gênero é, ainda, graças às regras mais ou menos implícitas que o tramam, uma maneira importante de reter a memória impessoal de um meio, ele conserva e transmite a sua história social. Neste sentido, Clot (1999b) afirma que o gênero é ao mesmo tempo o instrumento técnico e psicológico do meio de trabalho e de vida e, ao fazê-lo, chama a atenção da importância da construção de regras e do fortalecimento dos coletivos de trabalho para a conquista, individual e coletiva, da saúde. Neste sentido, a “aptidão” possibilitada pela construção coletiva do gênero tem uma função psicológica definitiva para cada trabalhador. Assim, “as leis do gênero (...) de imediato (...) livram os sujeitos dos passos falsos da ação. Elas o liberam de um trabalho redundante e o impedem de se enganar na situação” (Clot, 1999a). Por outro lado, é necessário que cada trabalhador dê sempre a sua própria contribuição ao gênero para dele poder apoderar-se e servir-se, provocando, assim, recriações e deslocamentos na construção sempre inacabada de um gênero profissional.

1.6- O trabalho na “lógica de serviço”

Segundo Zarifian (2001a), na chamada “lógica de serviço”, o serviço não é visto apenas como o ponto de chegada da produção, mas também como seu ponto de partida, o que justifica e permite avaliar a performance de uma empresa. Dentro desta lógica, a qualidade é definida em função da maneira como um produto melhora qualitativamente as condições de produção ou de vida de um cliente. Assim, desenvolver uma competência no sentido da produção de serviço é “se perguntar sobre a maneira como o produto que se realiza beneficiará utilmente os destinatários”, ou seja, é estar realmente interessado na transformação positiva das condições de atividade dos destinatários de serviços (Zarifian, 2001b, p. 145).

Nas atividades de produção de serviço, segundo este autor (Zarifian, 2001c), a produção de valor (no sentido econômico-capitalista) depende de maneira determinante da qualidade relacional subjetivamente estabelecida com os usuários, e da avaliação que é feita sobre a maneira como se encontram e podem dialogar dois universos: o universo de produção do ofertante do serviço, com a mobilização de suas profissionalidades; e o universo de atividade do usuário do serviço e os efeitos úteis nele produzidos.

⁶ Este “dispositivo” será apresentado de forma mais detalhada no capítulo 2.

⁷ No sentido de pólos no magnetismo.

⁸ Consideraremos aqui a noção de *serviço* (que extrapola o seu pertencimento ao “setor de serviços”) proposta por Zarifian (2001b): “uma organização e uma mobilização, o mais eficiente possível, de recursos para interpretar, compreender e gerar a mudança perseguida nas condições de atividade do destinatário do serviço” (p. 119). Zarifian (2001a) aponta ainda que a “competência de serviço” é mais requisitada nos setores fortemente feminizados (os que envolvem o contato direto com os usuários), o que o autor relaciona com a grande dificuldade de se identificar e valorizar este tipo de competência (p. 90).

⁹ Cf. Athayde, comunicação pessoal, 2006.

2- PERCURSO METODOLÓGICO

2.1- Por uma metodologia crítica para o estudo da vida

Na linha de pensamento em que nos situamos, entende-se que a vida se caracteriza por se processar em um movimento dinâmico. Isto faz com que seja impossível estudá-la senão por meios (métodos) que busquem considerar este movimento e a complexidade de seus fenômenos. Para isso, ao investigarmos o humano em suas atividades, nossas estratégias metodológicas devem procurar acompanhar o movimento da vida e não se contrapor a ela ou tentar conformá-la em categorias pré-fixadas e imutáveis.

No âmbito das pesquisas sociológicas, Becker (1992) salienta que a metodologia¹⁰ convencional tem um caráter predominantemente proselitizante. Ou seja, apresenta uma propensão muito forte por parte daqueles que a praticam – o autor os denomina “metodólogos” – “a apregoar uma ‘maneira certa’ de fazer as coisas, por causa de seu desejo de converter os outros a estilos de trabalho apropriados, por causa de sua relativa intolerância com o ‘erro’(...)” (p.18).

Segundo Becker, por trás de todas as características do que ele chama de metodologia convencional, “há uma preocupação com métodos quantitativos, com a concepção *à priori* da pesquisa, com técnicas que minimizem a chance de obter conclusões não confiáveis devido à variabilidade incontrolada dos nossos procedimentos [dos cientistas sociais]” (p.19). A partir de determinações do que seria fazer ciência corretamente e de estreitas definições dos caminhos a seguir, coloca-se, equivocadamente, o método à frente do objeto de estudo, fazendo com que a possibilidade de um problema ser investigado dependa de sua capacidade de adaptação/ encaixe ao método.

A seu ver, os procedimentos mecânicos recomendados pelos “metodólogos” têm em comum o fato de reduzir a área em que o julgamento humano pode operar. Porém, não há como algo criado pelos humanos ser isento de depurado de valor, tendência, mesmo que não explícita, justamente porque estão sempre marcados pela história e pelo contexto sócio-econômico e político específico. Diante disso, o autor defende que, para que nossos problemas de estudo possam ser investigados sem ter-se que se dobrar a métodos inteiramente pré-definidos, daí limitantes, devemos tentar tornar as bases do julgamento humano “tão explícitas quanto possível, de modo que outros possam chegar a suas próprias conclusões” (p. 21).

Ao defender este ponto de vista, Becker busca a construção de uma “ciência viável”, nem por isso menos rigorosa. Uma ciência que não negue os “erros” humanos, mas que, ao

contrário, esteja rigorosamente atenta à sua emergência, desenvolvendo-se também a partir deles.

Thiollent (1982) aponta que a perspectiva positivista, dominante na sociologia empírica, postula a neutralidade do pesquisador e de sua técnica. A isto, o autor contrapõe uma perspectiva crítica, em que a busca de neutralidade é questionada¹¹. Toda técnica de pesquisa é tida como “técnica de relacionamento ou de comunicação entre o pólo investigador e o pólo investigado, ambos socialmente determinados” (p. 22). Ao invés de considerar a possibilidade de se ser neutro e de se utilizar técnicas de pesquisa neutras, levando a cabo investigações altamente “enviesadas” e recheadas de objetivos não esclarecidos, entende-se que tal neutralidade é falsa ou inexistente, já que “qualquer procedimento de investigação envolve pressupostos teóricos e práticos variáveis segundo os interesses sóciopolíticos que estão em jogo no ato de conhecer” (p. 28).

Podemos até entender os métodos como útil prescrição, ditando como se deve fazer para compreender/conhecer um objeto (em suas relações). Porém, sabendo que no curso da ação investigativa, no confronto com os acontecimentos haverá sempre uma necessidade de regulação dos métodos escolhidos, rearranjando-os. Tal regulação deve ser vista como ação inerente à gestão das “infidelidades” que emergem do viver, da própria dinâmica da vida – e da pesquisa como atividade de um vivente humano.

O método não deve ser então idealizado como ferramenta acabada, completamente pré-definida (ou seja, de modo a fechá-lo em si mesmo) antes de uma investigação científica concluída. Também o próprio objeto da pesquisa é conformado de acordo com o ponto de vista que se tem sobre uma teoria ou uma situação empírica a ser estudados. O objeto não é algo puro ou neutro, ele participa de um campo de problemáticas (campo organizado de questões) dado, historicamente situado.

Assim, que ao fazermos ciência, buscamos compreender uma dada realidade, também ela produzida, configurando uma compreensão historicamente datada de uma realidade que também o é.

2.2- Para uma Análise da Atividade de Trabalho

Entendemos a atividade em seu caráter enigmático, complexo, mutante. Para além do comportamental, ela remete também a algo que não pode ser observado ou analisado diretamente em sua plenitude. O “coração” do trabalhar estaria, para a Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1997), no que denominam *real do trabalho* – “aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (p.40).

Sobre esse aspecto, os ergonomistas Leplat & Hoc (1998) – em uma linhagem vigotskiana – ressaltam: “em todos os casos, a parte observável da atividade (o comportamento) não constitui mais do que um aspecto, aspecto muito importante porque sem ele o segundo aspecto [das representações mentais] seria inacessível. Este segundo aspecto está constituído pelos mecanismos inobserváveis de produção deste comportamento”.

Ao estudar o trabalho do ponto de vista da atividade, precisamos então utilizar estratégias metodológicas “indiretas”. Como diz Athayde (2006):

“Se a atividade de trabalho e a experiência se caracterizam por sua complexidade e por seu caráter enigmático (Schwartz, 1998; Clot, 1999), como a elas ter acesso? Como ter acesso à inteligência e sabedoria da prática, aos conhecimentos incorporados e desenvolvidos se estes são, muitas vezes, desconhecidos no plano da consciência pelo próprio trabalhador e quase nunca são verbalizados em uma entrevista clássica? Entendemos que alguns dos métodos predominantemente utilizados, envolvendo procedimentos como questionários e entrevistas, não facilitam a dialogia. Teiger (1993) nos pergunta que métodos permitem a expressão individual e coletiva destes conhecimentos, para pôr em palavras ‘o que não se sabe’ ou ‘o que se sabe sem nunca haver podido dizer’? Bem, a abordagem metodológica que estamos propondo, consiste em utilizar ‘métodos indiretos’, a partir do que já temos em nosso patrimônio, reprocessando-os em uma perspectiva ergológica”.

Trata-se então de um corpo-si que não é mudo, mas languageiro, destacando-se aí a questão da produção de sentido. Vigotski já assinalava que a linguagem precisa ser compreendida, em sua especificidade, na constituição das “funções psicológicas superiores”, na construção da subjetividade. Se a ele agregamos Bakhtin, a transação languageira é entendida como o centro organizador/formador da atividade “mental”, sendo essa expressão languageira que organiza a atividade “mental” e modela/determina sua orientação. Assim sendo, o conhecimento acerca do humano só pode ser dialógico (Bakhtin, 1992, *apud* Athayde, 2006). Também no que é pertinente ao trabalho, toda enunciação (e a multiplicidade de vozes/personagens que aí se manifestam), todo discurso, já é um diálogo (não existe o primeiro discurso).

Assim, as abordagens que destacaremos aqui - e que nos influenciaram de maneiras diferentes contribuindo para o desenvolvimento desta pesquisa - têm na linguagem *no*, *sobre* e *como* trabalho o seu ponto nodal (Lacoste, 1994, *apud* Athayde, 2006). Além disso, todas elas têm nos trabalhadores pesquisados, parceiros de pesquisa fundamentais.

De acordo com a perspectiva ergológica em que nos situamos, a proposta da Clínica da Atividade (Clot, 1999) também é a de realizar uma “co-análise do trabalho”, envolvendo a relação dialógica entre trabalhador e pesquisador, considerando que a simples presença deste último na situação de trabalho já implica em transformações na atividade em curso. A partir da regra de ouro em análise do trabalho – “conhecer para transformar” (patrimônio de uma certa linhagem materialista em ciências do trabalho, da qual é tributária a Ergonomia da Atividade) – entende-se que ela pode também ser invertida: ou seja, na medida em que se transforma o trabalho, pode-se conhecê-lo. Daí a Clínica da Atividade propõe explorar métodos como o das *instruções ao sócia* (utilizada inicialmente por Oddone e seus parceiros na experimentação do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde), o da *autoconfrontação simples* (característico da prática da Ergonomia da Atividade), desenvolvendo uma modalidade que denominam “autoconfrontação cruzada”. Estes métodos baseiam-se, de modo geral, na verbalização indireta do trabalhador *sobre* a sua atividade, variando conforme o seu endereçamento (para os pares ou para os pesquisadores/leigos) e permitindo um acesso diferente ao que aí se denomina *real da atividade* do sujeito.

De acordo com esta abordagem clínica¹² (Clot, 1999), ao ir ao meio de trabalho o analista encontra sujeitos que já têm uma interpretação e uma compreensão deste meio construídas como “análises proto-científicas” que organizam a experiência cotidiana do trabalho em questão sob a forma de descrições subjetivas formuladas em um vocabulário freqüentemente metafórico. Esta análise, realizada de forma geralmente não consciente pelos trabalhadores, tem a função de dar e conservar sentido ao trabalho (p.134).

Clot (1999) propõe que, enquanto pesquisadores, devemos nos servir das “retóricas da ação que são as catacreses instrumentais ou as criações languageiras que fixam no exterior dos sujeitos sua atividade” (p. 139-140). Para o autor, o diálogo na autoconfrontação cruzada é uma ação sobre a ação, que transforma a experiência anterior em uma ferramenta para viver uma outra experiência (p.149). A intersubjetividade presente na troca estabelecida com o(s) pesquisador(es) empurra o(s) trabalhador(es)¹³ a manifestar dimensões ignoradas dele mesmo em sua própria experiência. Outras dimensões são realizadas por ele com outros interlocutores. A transmissão da experiência é então regulada por seu destinatário (p.150).

Assim, esta abordagem da Clínica da Atividade dá um estatuto especial aos estudos sobre o trabalho: ao se fazer uma co-análise da atividade de trabalho, pode-se desenvolver a própria experiência acerca da atividade e favorecer as possibilidades de mudar o que se revela nocivo no trabalho: “(...) [as atividades] são desenvolvidas por ela [a análise],

enriquecidas, ou mesmo estendidas, graças aos diferentes contextos que ela as oferece para se pensar e repensar. Na história do sujeito, a análise do trabalho confere um valor acrescentado à atividade descrita” (Clot, 1999, p.151).

Neste sentido, os métodos são concebidos como “recursos para os próprios coletivos de trabalho” (Clot, 2001). Segundo o autor:

“Estudando detalhadamente aquilo que os trabalhadores fazem, aquilo que eles dizem do que fazem, mas também aquilo que eles fazem do que eles dizem, nós desembocamos num reconhecimento singular: o das possibilidades insuspeitadas pelos próprios trabalhadores” (Idem, ibidem).

Agregando outra abordagem clínica – a Psicodinâmica do Trabalho (cf. Dejours, 2004) –, uma pesquisa sempre deve partir de uma demanda¹⁴, interessando-se por compreender o comentário dos trabalhadores sobre o conteúdo desta demanda. A partir destes elementos, procura-se conhecer, analisar e elucidar os sistemas de defesa (de tipos estratégico e ideológico) elaborados pelos coletivos de trabalho frente às dificuldades encontradas na realização de suas atividades. Esta análise deve ser feita principalmente através da organização de grupos de trabalhadores onde se discutam os modos operatórios engendrados por eles ao se confrontarem com a irredutível defasagem entre a organização prescrita do trabalho e os problemas realmente encontrados.

Neste contexto, segundo Dejours (1992), deve-se procurar “decifrar” a fala dos trabalhadores em relação ao esquema da organização do trabalho, contribuindo para ajudá-los a elaborar sua relação com o trabalho e a catalisar transformações nesta mesma organização.

Assim, após um estudo mais geral sobre a empresa, o processo e a organização do trabalho em foco (“pré-enquete”), a enquete propriamente dita deve ser feita em um “local identificado com o trabalho”, ou seja, não necessariamente dentro do local de trabalho. Reúne-se, então, um grupo formado por trabalhadores e especialistas (em análise psicodinâmica do trabalho) que prepara e define os objetivos da própria enquete.

Nesta abordagem, a objetividade dos fatos não preocupa por si só. Mais do que isso, esta abordagem se interessa pelo que aparece na forma de consenso ou contradição entre os temas discutidos pelo grupo. Assim, o trabalho de pesquisa, segundo Dejours (2004), centra-se “no aprofundamento e nos retoques justapostos sucessivamente aos comentários iniciais (...). A técnica consiste em observar os contrastes e os paradoxos.” (p. 108-109).

Assim, entende-se que no comentário feito pelos trabalhadores:

“há uma dimensão explicativa, uma meta, o objetivo de convencer, de informar o outro sobre a maneira como o coletivo concebe sua relação com o trabalho (...). O comentário seria, de alguma maneira, a formulação da atividade de pensar dos trabalhadores sobre sua situação. É o que, de alguma maneira, marca o afastamento em relação ao que está dado de fora, como modo operatório, modo de utilização formulados pelos engenheiros, pela hierarquia” (Dejours, 2004, p. 115).

Nesta abordagem propõe-se que a ação do especialista se limita à análise das situações, enquanto que suas soluções concretas são da esfera exclusiva dos próprios atores do trabalho (Dejours, 2004, p. 112). Neste sentido, Dejours aponta que a pesquisa é arriscada e que estes riscos devem ser explicitados para os trabalhadores. Segundo o autor, o risco é triplo:

“é possível que não se encontre nada, o que não quer dizer de modo algum, que não haja nada; é possível que não se encontre tudo o que se esperava encontrar, mas outra coisa, que poderia ter efeitos inesperados – desmobilização, em caso de luta, por exemplo; há, finalmente, perigo em realizar este tipo de pesquisa, pois podemos colocar o dedo em alguma ferida, tornar-se mesmo causa de desestabilização em relação às práticas coletivas e os mecanismos de ‘adaptação’ à situação de trabalho” (p.112-113).

Em uma perspectiva ergológica, o trabalho em conjunto de profissionais da ciência e protagonistas do trabalho em foco é condição para a construção de conhecimento sobre a atividade de trabalho. Neste sentido, para a construção de uma *zona* comum, de uma “comunidade” entre trabalhadores e cientistas, Schwartz (2000b) propõe um “dispositivo dinâmico de três pólos”. O autor entende que este dispositivo é consequência direta da idéia de renormatização na atividade, à medida que ela provoca um “desconforto intelectual” nos que estudam o trabalho, sendo os saberes disciplinares testados e validados (ou não) no decorrer da realidade sempre mutante das atividades. Ressalta-se também que os saberes produzidos pelos trabalhadores na sua experiência necessitam das sistematizações mais estáveis, presentes nos estudos científicos sobre o trabalho. Assim, como afirma Schwartz “cada um tem sua zona de cultura e incultura” (*idem*).

Neste dispositivo de três pólos proposto por Schwartz, o primeiro comporta materiais teórico-conceituais gerados por diversas disciplinas e campos de conhecimento a respeito do trabalho. O segundo diz respeito justamente aos saberes e valores gerados pela experiência dos trabalhadores em sua atividade, desenhando-se aí um campo em que atua uma dinâmica de “forças de convocação e reconvocação”. Os protagonistas da atividade em foco *convocam* os atores e materiais do primeiro pólo para auxiliá-los no compreender-

transformar suas situações de trabalho e *reconvocam* posteriormente estes mesmos atores e materiais, colocando-os em confronto com seus saberes e experiência.

Schwartz (2000b) ressalta a necessidade de um trabalho conjunto entre protagonistas da atividade em foco e pesquisadores profissionais, assinalando as dificuldades encontradas nesta construção – muitas delas relacionadas à dificuldade de traduzir a experiência da prática em palavras. O terceiro pólo do dispositivo é, então, pensado como condição de possibilidade e fecundidade do encontro entre os saberes. Este é o pólo das exigências éticas e epistemológicas, que se baseia na idéia de que “vemos o outro como alguém com quem vamos aprender coisas sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que ele faz e porque faz, quais são seus valores e como eles têm sido ‘(re)tratados’” (p.?). Assim, o terceiro pólo “impõe, de uma parte uma certa humildade dos universitários para retornar à atividade e, de outra parte, uma aceitação da disciplina do conceito e de sua aprendizagem pelos protagonistas das atividades”. Enfim, entre os três pólos deve-se considerar que há uma relação dialética não hierarquizada¹⁵.

Schwartz (2005b) chama a atenção para o fato de que toda interferência no trabalho é uma “intervenção na vida dos outros”, pois é toda a vida das pessoas no trabalho que está implicada, através de critérios, visíveis ou não, das escolhas durante a atividade (p.90). Isto, segundo o autor, faz com que devamos ser cuidadosos, atentos e respeitosos ao que já tenha sido debatido - antes da intervenção acontecer -, entre os próprios trabalhadores, sobre o contexto de suas escolhas frente aos objetivos e normas da organização em que trabalham.

É preciso, portanto, estar atento ao modo como as pessoas já fazem a gestão de seu trabalho, tomando o cuidado para não subestimar a potência da experiência dos trabalhadores em seu caráter prático. Além disso, é fundamental ter-se a consciência de que toda intervenção é sempre pontual e insatisfatória em relação ao que ela encontra, mesmo que possa contribuir para fazer evoluir de forma favorável o “equilíbrio instável” e as tensões vividas na atividade, quando estas são patogênicas (Idem, p. 89-90).

Dentro desta perspectiva, para a nossa presença/interferência junto ao processo produtivo em análise neste hospital, procuramos utilizar recursos metodológicos diversos, fruto da conjugação das influências aqui indicadas. Assim, nossa estratégia metodológica teve como objetivo uma aproximação do mundo do trabalho e da atividade das auxiliares de enfermagem em uma Unidade Neonatal, dando destaque à atividade linguageira destas trabalhadoras¹⁶ sobre seu próprio trabalhar.

Nosso Grupo de Pesquisa¹⁷ tem buscado explorar este tipo de proposta com a seguinte formulação (Athayde, 2006):

Primeiramente, as *Conversas sobre o Trabalho* (uma modalidade de Encontro, como se verá). Em seguida, os *Encontros sobre o Trabalho*. Na medida em que vai sendo possível constituir no curso da investigação uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), processo que envolve *visitas* aos meios de trabalho, abordando as situações de trabalho em sua singularidade, tentamos pôr em funcionamento um dispositivo que funcione como *zona de desenvolvimento potencial*, um espaço de debate sobre a atividade, reunindo profissionais do conceito e os protagonistas do trabalho, interessados no encontro/confronto entre conhecimento e experiência. Tais *Encontros* põem em ação o que a perspectiva ergológica denomina “dispositivo dinâmico de três pólos”.

2.3- A Unidade estudada

Trata-se da Unidade Neonatal de um hospital público municipal, especializado no atendimento à saúde da mulher, localizado em um bairro central do município do Rio de Janeiro. Este estabelecimento, situado em um prédio de nove andares, tem como principal serviço a assistência médica a gestantes de alto-risco. Além disso, também realiza atendimentos ginecológicos de alta complexidade, programas de planejamento familiar e assistência integrada a mulheres vítimas de violência sexual. Não obstante ser referência de atendimento para o município do Rio de Janeiro, acaba realizando a assistência de usuários vindos de todo o estado, devido à grande demanda e carência de toda essa população por serviços de saúde.

Esta Unidade Neonatal (ou Berçário) conta com quatro setores: a Unidade de Tratamento Intensivo (UTIN), a Unidade Intermediária (UI) e a Unidade de Baixo Risco (UBR), também chamada Berçário de Baixo Risco (BBR), ou Unidade Mãe-Bebê. Eles se situam no quarto andar do Hospital, além da Unidade Canguru (alojamento conjunto especial para a realização da segunda etapa do chamado “Método Canguru”), que fica no quinto andar. Além destas unidades, a Neonatologia conta com os setores de Medicação e Material, nos quais os profissionais de enfermagem (auxiliares e enfermeiros) se dividem para trabalhar. A UTI apresenta vinte leitos para os neonatos, a UI vinte e quatro leitos, a UBR oferece dez vagas e a Unidade Canguru possui seis leitos para o “binômio” mãe-bebê.

O Serviço de Neonatologia conta diariamente com os seguintes profissionais: quatro ou cinco médicos pediatras plantonistas, que se dividem pelo hospital todo (Sala de Parto e Alojamento conjunto – para mães e bebês que nascem sadios –, além da Unidade Neonatal), quatro enfermeiros plantonistas no turno diurno e três enfermeiros plantonistas no noturno, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos, entre outros profissionais de rotina, que atuam em todo o Hospital durante o dia. A Unidade conta ainda com uma média

de 18 auxiliares de enfermagem plantonistas em cada turno de trabalho de 12 horas. O regime de plantão no Hospital é de 12 horas trabalhadas por 60 horas de descanso.

2.3.1- As auxiliares de enfermagem da Unidade Neonatal estudada

A equipe de auxiliares é formada por seis grupos de plantonistas: três diurnos e três noturnos, somando cerca de 100 trabalhadores desta categoria profissional no Serviço de Neonatologia. Este grupo de trabalhadoras se divide, formalmente, entre auxiliares de enfermagem com nível médio (o que corresponde ao nível formal de *técnicos* de enfermagem) e com nível de ensino fundamental (o que corresponde ao nível de *auxiliares* de enfermagem propriamente ditas). Entretanto, além da diferença salarial entre um e outro cargo funcional, no dia-a-dia de trabalho, não encontramos diferenças em suas atividades neste Hospital.

A quase totalidade (99,4%) destas profissionais é composta por mulheres. 90% são servidoras públicas municipais, sendo que 10% das concursadas realizam a dupla jornada (DJ¹⁸). O restante das auxiliares (10%) trabalha em regime de RPA (modalidade de contrato temporário da Prefeitura do Rio de Janeiro).

Segundo documento¹⁹ disponibilizado pela chefia de enfermagem desta Unidade Neonatal, este setor funcionava em janeiro de 2006 com um déficit de 37 auxiliares de enfermagem (cerca de seis profissionais por plantão) em relação às próprias recomendações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura do Rio de Janeiro²⁰ sobre o dimensionamento de profissionais para a assistência de neonatos.

2.4- Os passos metodológicos seguidos nesta pesquisa

A pesquisa envolveu as seguintes etapas:

- As *visitas* à Unidade Neonatal, explorando observações e conversas (seguidas de registros), buscando também as condições de possibilidade de construção de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- O levantamento e a análise de documentos relativos às normas antecedentes e à prescrição do trabalho;
- Os *Encontros sobre o trabalho* envolvendo uma *Comunidade Ampliada de Pesquisa*, em que circula uma *Comunidade Dialógica de Pesquisa*;
- A *análise dos materiais surgidos ao longo da pesquisa*.

2.4.1- As visitas: aproximação inicial à atividade das auxiliares de enfermagem

Utilizamos o dispositivo “visitas”, antes de tudo, para uma aproximação inicial das auxiliares e de sua atividade de trabalho, além do próprio funcionamento cotidiano da Unidade, incluindo outros profissionais ali atuantes. Durante as nossas idas ao Berçário, além de realizarmos observações da situação e da atividade de trabalho das auxiliares, procurávamos operar com a técnica de *conversar* sobre a sua atividade, sem um roteiro previamente estabelecido. Estas *conversas* tinham como objetivo dar passos na construção de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa, mobilizando um processo de compreensão dos diversos aspectos da atividade destas trabalhadoras (incluídos aí a própria prescrição do trabalho, as variabilidades, os debates de normas e valores presentes etc.), percebendo quais dados seriam gerados nestas conversas e deveriam ser melhor explorados na discussão com as auxiliares (tornando-se co-investigadoras) na etapa seguinte da pesquisa (os “encontros sobre o trabalho”). A partir daí, pudemos encontrar pistas sobre os temas mobilizadores²¹ da discussão sobre a atividade entre as trabalhadoras. Além disso, nessas visitas pudemos estabelecer contato com auxiliares, nos fazer conhecer e convidá-las a participarem dos Encontros. Nossa inserção se deu quando autorizadas e de maneira a tentar atrapalhar o mínimo possível na realização do trabalho das auxiliares e dos demais profissionais da Unidade Neonatal, mesmo sabendo que a nossa presença, por si só, gerava curiosidade e reações diversas ligadas a um certo estranhamento.

Ao longo das visitas, focadas em conhecer os aspetos mais gerais e observáveis do trabalho das auxiliares, fomos elaborando, mentalmente, um roteiro de questões (Apêndice I) utilizado parcial ou completamente, dependendo do rumo que a conversa com as auxiliares tomava, ou mesmo do tempo e disponibilidade das trabalhadoras para o diálogo. No geral, elas foram extremamente receptivas à nossa entrada e presença no seu local de trabalho, assim como às nossas questões, mostrando-se muito disponíveis a conversar sobre o seu trabalho, inclusive – na grande maioria das vezes – enquanto o realizavam.

Com o objetivo de não as inibir e deixá-las mais à vontade com a nossa aproximação inicial, não registramos as conversas em áudio, mas sim através de anotações em diário de campo – algumas vezes, posteriores, outras, simultâneas às conversas. Cada visita gerou um relatório, em seguida digitado e analisado pelo grupo de pesquisa profissional²², com vistas a instruir a etapa seguinte da investigação, proporcionando-nos as condições propícias à decisão quanto aos temas (“geradores”) a discutir nos Encontros. As visitas nos alimentaram também de enunciados das trabalhadoras utilizados para uma confrontação destes durante os Encontros (como explicaremos no tópico 2.4.3).

Foram realizadas 10 visitas ao Berçário²³ do hospital entre os meses de maio e junho de 2006. Estas incluíram as seis diferentes equipes de plantão da unidade (A, B, C, D, E e F), em todos os horários de trabalho, diurnos e noturnos, e envolveram o diálogo com cerca de sessenta trabalhadoras (de um universo de cerca de 100 auxiliares de enfermagem plantonistas desta unidade). A média de duração de cada visita (com algumas variações) foi de 3h30. A seguir, um quadro com o detalhamento destes dados:

Quadro 1: Visitas ao Berçário

| Visita | Equipe plantão | Data | Horário | Duração visita |
|-----------------|----------------|--|---|----------------|
| 1 ^a | A | 04/maio (5 ^{af}) | 16h - 19h | 3h |
| 2 ^a | B | 05/ maio (6 ^{af}) | 7h30 - 10h30 | 3h |
| 3 ^a | D | 08/ maio (2 ^{af}) | 19h - 23h | 4h |
| 4 ^a | C | 09/ maio (3 ^{af}) | 12h - 16h | 4h |
| 5 ^a | E | 18-19/ maio (5 ^{af} - 6 ^{af}) | 20h45 - 7h (do dia seguinte com descanso entre 23h3h) | 6 h15 |
| 6 ^a | C | 24/ maio (4 ^{af}) | 14h - 17h | 3h |
| 7 ^a | F | 25-26/ maio (5 ^{af} - 6 ^{af}) | 21h30 - 3h | 5h30 |
| 8 ^a | F | 21/ junho (4 ^{af}) | 19h20 - 21h30 | 2h10 |
| 9 ^a | C | 23/ junho (6 ^{af}) | 9h - 12h | 3h |
| 10 ^a | B | 28/ junho (4 ^{af}) | 16h - 19h | 3h |

2.4.2 - Análise de documentos relativos às normas antecedentes e à prescrição do trabalho das auxiliares

Com vistas a conhecer o enquadre mais formal do trabalho das auxiliares de enfermagem dentro da unidade estudada e as características gerais de sua profissão, realizamos um levantamento e análise de documentos que dizem respeito às suas normas antecedentes e prescrições. Estes documentos englobaram:

- # a legislação que regulamenta o exercício profissional de enfermagem no país;
- # a rotina de trabalho escrita dos auxiliares de enfermagem do Berçário (Anexo);
- # a planta física da Unidade;
- # um relatório feito em janeiro de 2006 pela chefia de enfermagem do Berçário sobre a necessidade de maior provisão de pessoal (auxiliares de enfermagem) e encaminhado à direção do Hospital;

a escala de serviço do mês de maio de 2006 (início da pesquisa) com os nomes, regimes de trabalho e situações funcionais das auxiliares dos diferentes plantões naquela época (licenças, férias, faltas, etc.).

A análise destes documentos foi, assim como a análise das visitas, incorporada e utilizada durante as discussões dos “Encontros sobre o trabalho”.

É importante salientar que, para termos acesso aos dados da prescrição do trabalho (inclusive aos documentos citados), também realizamos entrevistas não estruturadas com a chefia geral de enfermagem do hospital, a chefia de enfermagem da Neonatologia e um dos supervisores²⁴ de plantão de enfermagem.

2.4.3 - Os “Encontros sobre o trabalho”

Com o objetivo de criar uma zona de desenvolvimento potencial, um espaço propício ao debate sobre a atividade de trabalho das auxiliares de enfermagem, propusemos a elas seis reuniões, no próprio local de trabalho²⁵, tendo como principal orientação metodológica a proposta do dispositivo dinâmico de três pólos, aqui configurando-se nos “Encontros sobre o trabalho” (Durrive, 2001).

Durrive definia em 2001 esses *Encontros* como “caldeirões para o retrabalho dos saberes”, conforme a dinâmica do dispositivo ergológico tripolar. Na proposta de Durrive, o “animador” dos *Encontros sobre o trabalho* deve procurar favorecer a dinâmica gerada pelo terceiro pólo do dispositivo (ético-epistêmico). Assim, após ressaltar a importância do ponto de vista da atividade e chamar a atenção para a sua complexidade, para os desafios e mobilizações aí implicados, para a dificuldade que se tem em enquadrar conceitualmente a atividade, o animador deve convencer os participantes do Encontro de que há necessidade de “uma rigorosa verbalização daquilo que a atividade ensina”. Nesta proposição, através de “verbalizações complexas”, são forjados saberes inéditos sobre a atividade.

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

É conseguindo verbalizar e sistematizar o que ocorre entre esses dois registros que os trabalhadores podem se reapropriar de suas experiências e competências de uma nova maneira. O objetivo da dinâmica dos Encontros sobre o Trabalho é que os participantes se

fortaleçam para convocar saberes formais e reconvocá-los, alimentando incessantemente novas perspectivas para o debate.

Em nossa experimentação, nos Encontros procuramos apresentar conceitos relacionados ao *ponto de vista da atividade* como ferramentas para discutir temas relacionados com a atividade concreta das auxiliares de enfermagem da Unidade Neonatal. Temas que entendemos mobilizadores (“geradores”), oriundos tanto das primeiras reflexões que inspiraram este estudo, quanto das questões suscitadas a partir das visitas realizadas (das observações e conversas) e dos documentos analisados. Além disso, ao longo do próprio curso dos Encontros, novos temas e/ou novos posicionamentos sobre os temas foram sendo incorporados aos Encontros seguintes.

Os debates aí travados foram registrados por meio de gravação em áudio, além de anotações em diário de campo. As participantes da CAP assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido concordando com a participação da pesquisa e a gravação dos diálogos²⁶.

A partir das sugestões das auxiliares, durante as visitas, a respeito dos horários possíveis de realização destas reuniões, chegamos ao melhor horário, situado entre o almoço das auxiliares e a administração da dieta das 15h aos bebês internados. Foram realizados seis Encontros, com a duração de cerca de uma hora, no interior de sua jornada de trabalho (de 14h às 15h, de acordo com sugestão das próprias auxiliares e com a concordância da chefia da enfermagem e dos enfermeiros líderes de plantão²⁷), em dias de semana variados, entre os meses de agosto e outubro de 2006. Os Encontros tiveram a participação de 9 auxiliares de um dos plantões diurnos (do total de cerca de vinte auxiliares neste plantão), que se revezaram entre as reuniões, gerando grupos compostos por cinco, quatro e três participantes, conforme explicitado no quadro 2.

Cada Encontro teve por objetivo a apresentação de conceitos e a discussão de temas diferentes (Quadro 2), todos eles tendo como temas transversais a “dimensão afetiva” do trabalho e a “saúde”. No entanto, os temas não foram discutidos de forma estanque em cada Encontro, reaparecendo diversas vezes com outro enfoque ou roupagem, em Encontros seguintes ou anteriores àqueles em que foram formalmente propostos.

Quadro 2: Os Encontros sobre o Trabalho das auxiliares de enfermagem na Unidade Neonatal

| Encontro | Data | Tema | Número de participantes |
|-----------------|-------------|--|--------------------------------|
| “Pré-encontro” | 04/08 | Apresentação e discussão dos temas dos encontros | 5 |
| E I | 16/08 | “Formação profissional” | 4 |
| E II | 06/09 | “Coletivos de trabalho” | 5 |
| E III | 18/09 | “Organização do trabalho” | 4 |
| E IV | 03/10 | “Condições de trabalho” | 4 |
| E V | 24/10 | Fechamento | 3 |

Para definirmos a composição do grupo que participaria das discussões – visto não ser possível a sua realização em todos os plantões, devido ao nosso limite de tempo –, realizamos os seguintes “passos”:

inicialmente descartamos a sua realização à noite, devido às maiores dificuldades de tempo livre entre as auxiliares²⁸ durante o plantão;

divulgamos a proposta – tanto através de comunicação à chefia de enfermagem do setor e como de um aviso²⁹ no “quadro de avisos” da copa da Unidade (local onde as auxiliares costumam ficar em seus momentos de pausa) – através de um texto (Apêndice III) sucinto, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-as a participar, ao menos do pré-encontro, quando seria explicitado o modo de funcionamento e ouvidas as sugestões das próprias auxiliares;

para a escolha do plantão tivemos como critérios – também explicitados no texto do aviso (Apêndice III) – o plantão que apresentasse o maior número de pessoas interessadas em participar (demonstrado através do número de assinaturas), seguido do que apresentasse o maior número de pessoas que também fizessem plantão noturno;

os Encontros ocorreriam sempre durante a jornada de trabalho do plantão escolhido, mas estariam abertos a auxiliares de quaisquer plantões, diurnos ou noturnos, que quisessem participar³⁰.

Apenas membros de um dos três plantões³¹ diurnos deixaram assinaturas (quatro pessoas³²) no quadro de avisos. Após estendermos por uma semana o prazo explicitado no

aviso, visitamos a Unidade durante este plantão para combinarmos a data do pré-encontro com as auxiliares, deixando novamente um convite (Apêndice IV) no quadro da copa. A cada Encontro ocorrido recombínávamos a data do seguinte, deixando um aviso manuscrito no quadro da copa e ligando antes para confirmar a nossa ida. Isto porque algumas vezes não era possível realizar o Encontro, devido às próprias intercorrências do cotidiano da Unidade, que acarretaram, inclusive, algumas mudanças de datas e até mesmo a nossa presença no hospital sem conseguirmos fazer a reunião.

2.4.3.1 - A dinâmica dos Encontros

Os Encontros tiveram a participação variada de auxiliares³³, distribuídas de acordo com os quadros 3 e 4. Neles, tivemos discussões voltadas para as questões que perpassavam primordialmente aquele coletivo de trabalho. Segundo Dejours (2004), é justamente a postura do coletivo sobre o sofrimento e sobre o modo de ação da organização do trabalho e seus efeitos perversos para com a saúde psíquica que se define como o alvo de uma pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho³⁴. Neste sentido, ele afirma que a mudança de membros do grupo de um Encontro para outro gera poucos inconvenientes para a pesquisa, visto que esta se situa não em suas questões individuais, mas ao nível dos sistemas coletivos de defesa engendrados pelos trabalhadores.

Quadro 3. A participação das auxiliares nos Encontros sobre o Trabalho

| Participantes | Pré | E I | E II | E III | E IV | E V | Total de encontros dos qua participou |
|----------------------|------------|------------|-------------|--------------|-------------|------------|--|
| Iracema | X | X | X | X | X | | 5 |
| Luiza | X | X | X | X | | | 4 |
| Tereza | X | X | | | | X | 3 |
| Joana | X | X | | | X | | 3 |
| Rosa | X | | X | | X | | 3 |
| Doralice | | | | | X | X | 2 |
| Beatriz | | | X | | | X | 2 |
| Isabel | | | X | X | | | 2 |
| Madalena | | | | X | | | 1 |

Quadro 4. A participação das auxiliares nos Encontros:

| Quantidade Encontros | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| No. de auxiliares | 0 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 |

Durante o pré-encontro, apresentamos às participantes nosso projeto de investigação no mestrado e a proposta de formação de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa com vistas a compreender seu trabalho do ponto de vista da atividade.

Durante os Encontros I, II, III e IV, além da apresentação de conceitos relacionados aos temas propostos (ver quadro 2 e Apêndices V, VI, VII, VIII e IX), utilizamos falas das próprias trabalhadoras – enunciadas durante as visitas e durante os próprios Encontros anteriores – como mobilizadores da discussão sobre a sua atividade. Estas falas eram apresentadas em folhas de papel A4 coladas em um quadro branco da sala de reuniões e suscitaram as mais interessantes e variadas reações, confirmando seu papel como instrumento de incentivo aos comentários, explorando a ação da atividade linguageira sobre a atividade de trabalho. Deste modo, uma espécie de *confrontação* no diálogo, eliciado pela leitura de enunciados remetidos a elas próprias, parecia, muitas vezes, fazê-las repensarem, re-elaborarem a própria relação com (ou opinião sobre) o trabalho.

Numa tentativa de estabelecer a circulação, a relação entre os Encontros, procurando dar continuidade e encaminhamento às discussões iniciadas nos anteriores, resgatávamos questões antes debatidas para as re-apresentar às participantes. Assim, cada pré-análise realizada pela equipe de pesquisa (aí incluídos os membros *ad hoc*³⁵, como denomina Dejours) entre cada Encontro, era sinteticamente apresentada às trabalhadoras, buscando a uma ligação com o tema do Encontro atual. Esta proposta continha a idéia de que a (in)validação das auxiliares sobre nossas análises pudesse ocorrer ao longo dos próprios Encontros, procurando favorecer o desenvolvimento das questões e da forma de colocá-las em palavras.

Durante as reuniões, enquanto uma de nós (Letícia) atuava mais propriamente como animadora do debate e apresentadora dos conceitos, a outra (Pérola) se concentrava em registrar observações sobre a dinâmica do encontro (incluídos aí a ordem de quem estava falando e a expressão corporal das participantes) e controlar o gravador, não se colocando na discussão, praticamente em momento algum.

O último Encontro foi dividido em dois períodos de 45 minutos, com dinâmicas diferentes, porém complementares. Inicialmente foi proposto às trabalhadoras um debate de

questões já discutidas em Encontros anteriores, com o objetivo de gerar proposições (mesmo que idealizadas) sobre como gostariam que determinadas situações de trabalho específicas ocorressem. Este debate foi acompanhado por anotações que íamos fazendo, sinalizando as propostas das participantes, em uma folha de papel pardo com o objetivo de facilitar a visualização e, conseqüentemente, a discussão das propostas sugeridas. Após esta discussão, solicitamos que elas registrassem graficamente, através de colagens e desenhos em uma folha de papel pardo que continha o desenho da planta do Berçário, o modo como gostariam que se desse o funcionamento da Unidade e o seu próprio trabalho. Este momento possibilitou ainda a discussão de novas questões e o reposicionamento de outras já debatidas, conforme apontamos no capítulo 3 (Os Resultados e sua Análise).

2.4.4 - Um certo tipo de análise

Os dados foram registrados em diário de campo (no caso das visitas) e em áudio e anotações (no caso dos Encontros) e foram digitados e transcritos por nós (Letícia e Pérola) logo em seguida à sua ocorrência, com o objetivo de tentarmos perder o mínimo possível das informações e impressões. Além disso, em seguida às visitas e aos Encontros, fazíamos um registro escrito de nossas observações e uma pré-análise dos materiais para levarmos para a discussão junto ao grupo de pesquisa *ad hoc*, com o qual nós aprofundávamos o debate e chegávamos aos resultados apresentados no capítulo 3.

Durante a análise, buscamos compreender a presença da dimensão relacional e as possibilidades de agir das auxiliares de enfermagem em seu meio. Nossa análise se deu fundamentalmente sobre o trabalho que foi se desenvolvendo pelo coletivo de auxiliares na Comunidade Ampliada de Pesquisa, ao longo das visitas (observações e conversas) e dos Encontros – dispositivos que buscamos pôr em funcionamento para promover os diálogos entre profissionais. Nesta produção linguageira se destaca para nós a movimentação dos diálogos (a motricidade dialógica), em particular quando se encontram em dificuldade para dizer algo. É nesses momentos que podem estar se dando as condições para um tipo de desenvolvimento discursivo capaz de levar ao retrabalho da atividade, quando as experiências vividas se tornem meios de se viver outras experiências.

É esta forma de lidar com os materiais que deve ser verificada nas análises que apresentaremos no Capítulo 3.

¹⁰ Conforme Becker, “a metodologia é o estudo do método” (1992, p. 17).

¹¹ Nas palavras do autor, “mais do que precisão de qualquer tipo de medição, o que importa é a pertinência das questões e das respostas formuladas na interação entre os dois pólos” (p. 23).

¹² Esta é a compreensão que já encontrávamos em Oddone *et al.* (1981).

¹³ Em uma *Comunidade Ampliada de Pesquisa*, no interior da qual circula uma *Comunidade Dialógica de Pesquisa*, conceitos produzidos em nosso Grupo de Pesquisa (ver Athayde, 2006).

¹⁴ Com Athayde (2006), poderíamos considerar – desviando esta regra enunciada por Dejours – a possibilidade de produzir, “forçar” demandas.

¹⁵ Entendemos que não se trata do esquema hegeliano de tese, antítese e síntese.

¹⁶ Considerando que, dentre os cerca de sessenta trabalhadores que participaram de pelo menos uma etapa da pesquisa, apenas dois eram do sexo masculino (sendo que, quando conversamos com um deles, o outro já não estava mais trabalhando no Hospital), prosseguiremos nos referindo às “auxiliares”, no gênero feminino.

¹⁷ Envolvendo o intercâmbio entre os Grupos *Pistas* (em funcionamento sob a orientação e a coordenação de Jussara Brito na Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ) e *Actividade* (sob orientação e coordenação de Milton Athayde no Programa de Pós- Graduação em Psicologia Social/ UERJ).

¹⁸ Modalidade de plantão extra, além do plantão “oficial”, apenas possível aos profissionais concursados e realizado regularmente dentro do próprio setor do hospital onde já se trabalha.

¹⁹ Este documento teve por objetivo requerer junto à direção do Hospital a permanência dos funcionários contratados (regime de RPA) à época da entrada de novos auxiliares concursados, na tentativa de suprir a carência destes profissionais e garantir melhores condições de trabalho e o oferecimento de uma assistência “segura e livre de danos” aos pacientes.

²⁰ Resolução SMS 864 de 12 de abril de 2002.

²¹ Assim como Paulo Freire chamava de palavras e temas “geradores”, em sua proposição de alfabetização de adultos.

²² O grupo “acadêmico” envolvido na pesquisa compôs-se dos seguintes profissionais, além da autora principal deste trabalho: a Pesquisadora Dra. Jussara Brito (orientadora), o Pesquisador Dr. Milton Athayde (co-orientador) e a Estudante de Psicologia (UFRJ) e bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/ CNPq) Pérola Grimberg, que participou do processo da pesquisa, acompanhando parte das visitas e todos os “Encontros sobre o trabalho” realizados, além da preparação e análise de ambos.

²³ Cada visita envolveu todos os setores de tratamento neonatais do hospital (UTI [Unidade de Tratamento Intensivo], UI [Unidade Intermediária] e UBR [Unidade de Baixo Risco] Neonatais), com exceção da Unidade Canguru, situada um andar acima das demais unidades.

²⁴ Cada supervisor de enfermagem é responsável por supervisionar todo o trabalho de enfermagem do Hospital durante um período de plantão. No caso, assim como existem seis grupos de plantão de auxiliares de enfermagem e de outros profissionais, existem seis supervisores de enfermagem que se revezam.

²⁵ As reuniões ocorreram em uma sala no mesmo andar do Berçário, mas fora dele.

²⁶ Neste termo (Apêndice II) estavam também explicitados os objetivos e métodos do estudo, assegurando o anonimato e o direito de desistência de participação na pesquisa, a qualquer momento.

²⁷ Estes exercem a chefia mais direta das auxiliares, realizando, por exemplo, a definição de suas escalas de folgas ou de setores de trabalho dentro da Unidade Neonatal.

²⁸ Devido ao tempo de descanso e da sobrecarga do cuidado de mais bebês em função do descanso de uma parte do grupo das auxiliares em um momento e de outra parte em seguida.

²⁹ Este foi deixado na Unidade por duas semanas (uma semana prorrogada da data inicialmente expressa em seu texto).

³⁰ Tivemos durante todo o processo da pesquisa, o apoio da chefia de enfermagem da Unidade Neonatal. Este foi demonstrado, inclusive, ao dizerem que estabeleceriam como horas de trabalho (através de um “banco de horas”) as horas em que auxiliares de outros plantões fossem ao Hospital para participar dos Encontros, mesmo fora de seu horário de trabalho.

³¹ Coincidentemente ou não, auxiliares do plantão em que havíamos realizado o maior número de visitas.

³² As assinaturas se deram nesta ordem: Tereza, Joana, Januária, Rosa e Iracema (nomes fictícios). Com exceção de Januária, todas estas outras auxiliares participaram dos Encontros.

³³ A decisão sobre quem iria ao grupo foi gerida pelas próprias auxiliares participantes que, muitas vezes, se mostravam preocupadas com a participação das colegas que haviam permanecido na assistência.

³⁴ Uma das abordagens às quais nos aproximamos para instruir teórica e metodologicamente o nosso trabalho de pesquisa.

³⁵ Entre os membros deste grupo - composto pelos pesquisadores acadêmicos já citados anteriormente -, duas estavam presentes nos Encontros (a autora principal e Pérola Grimberg) e dois os analisavam de maneira mais externa (Jussara Brito e Milton Athayde), participando da análise dos Encontros ocorridos e da preparação dos Encontros por ocorrer.

3- OS RESULTADOS E SUA ANÁLISE

Neste capítulo, apresentaremos a análise dos principais elementos surgidos durante os Encontros sobre o Trabalho, cuja dinâmica foi explicitada no capítulo anterior. Nossa análise procurou acompanhar os movimentos dialógicos dos coletivos compostos em cada Encontro – a Comunidade Dialógica que circulou na Comunidade Ampliada de Pesquisa – buscando explicitar a relação entre as discussões ocorridas nos diferentes Encontros.

Procuramos nos utilizar da nossa caixa de ferramentas e dos pressupostos ético-epistemológicos expostos no Capítulo 1, a partir de um olhar próprio criado na convergência dos olhares dos diversos participantes da comunidade de pesquisa que se criou para a realização deste estudo. Assim, ressaltamos que a análise a ser apresentada nesta seção é fruto de uma abordagem específica das discussões sobre a atividade das profissionais em questão, que poderia se desdobrar em muitas outras, seguir outros caminhos e escolhas. Este é, portanto, um caminho possível de interpretação e aproximação da atividade linguageira das auxiliares (e nossa) sobre o trabalho.

A divisão deste capítulo respeita a divisão por Encontros, que se apresentam, por sua vez, desmembrados em temas e sub-temas. As visitas ao berçário, realizadas três meses antes do início dos Encontros, geraram como resultado - além das diversas pistas para a compreensão da atividade estudada e para a formulação dos temas a serem discutidos durante os Encontros – uma aproximação inicial do campo e o estabelecimento de contato com as pessoas que trabalham no setor, o que funcionou como um “pedido de permissão” para adentrar a realidade de trabalho das auxiliares. Aqui, as conversas travadas com as trabalhadoras durante as visitas são foco de uma análise menos clara e direta, aparecendo incorporada ao olhar que nos levou aos Encontros e à instrumentação do debate sobre a atividade das auxiliares de enfermagem da Unidade de Neonatologia em questão.

Ao transcrever as falas citadas neste trabalho procuramos ressaltar ao máximo as entonações, o contexto, as pausas e silêncios aí presentes. Utilizamos alguns símbolos para expressar essas características das falas (Apêndice X) com o objetivo de tornar o leitor o mais próximo possível das nuances e dos movimentos engendrados por estas, sem fixar-se especificamente nas palavras utilizadas, mas sim procurando atentar-se a seu contexto e à dinâmica de seu surgimento/ silenciamento.

3.1 - O Pré-Encontro

Este Encontro teve como objetivo apresentar às trabalhadoras a proposta de construção de uma nova configuração de Comunidade Ampliada de Pesquisa, agora ainda mais operando com uma Comunidade Dialógica sobre a atividade desenvolvida por elas no Berçário. Fizemos então uma discussão inicial dos temas propostos (ver quadro 2 no capítulo 2), procurando identificar a coerência dos mesmos para elas e ouvir outras idéias e sugestões, tanto sobre o modo de funcionamento dos encontros, como sobre os temas a serem debatidos.

Todas as cinco participantes desta primeira reunião (Tereza³⁶, Rosa, Joana, Luiza e Iracema) eram pessoas com quem nós já havíamos conversado - a maioria por mais de uma vez -, durante as visitas. Este encontro durou cerca de 50 minutos. Após apresentarmos a proposta da pesquisa e fazermos a exposição dos temas, Tereza³⁷ tomou a iniciativa de iniciar a falar, comentando o primeiro tema (Formação profissional) com uma fala muito forte e segura (inclusive com um tom de voz muito alto), ressaltando a sua experiência em relação ao histórico da Unidade. Inicialmente, as outras auxiliares se resumiram a fazer breves comentários ou mesmo perguntas à Tereza, curiosas com as histórias de outra época (“da minha época”). A partir da segunda metade do encontro, Joana começou a se colocar de maneira mais incisiva, se expressando através de falas sempre bem longas e difíceis de serem interrompidas. Iracema, que em outros encontros participou ativamente, neste dia estava muito gripada e quase não falou nada. Luiza (que nos encontros seguintes foi se colocando mais, ficando mais à vontade) e Rosa (tímida e aparentando dificuldade em se colocar frente às falas mais seguras das colegas), falavam mais nos momentos em que todas as participantes falavam ao mesmo tempo.

Tereza, focada na discussão do primeiro tema, iniciou a sua fala comentando sobre a questão do “tempo de casa” – algo não abordado na nossa apresentação - e de como cada uma entrou para trabalhar na unidade, contando a sua “estréia” na UTI neonatal:

“[Formação profissional] tem a ver, por exemplo, com... tempo de casa, digamos. Porque cada um teve uma experiência..., eu tive uma experiência de entrar na UTI neonatal, ela, ela, ela... todo mundo né? Então... É isso que você quer saber o...?” (Tereza)

Tereza, que é a auxiliar que tem mais tempo na unidade entre as que estão ali e uma das mais antigas entre todas as auxiliares com quem conversamos, foi também a primeira a falar no grupo, já trazendo a questão do “tempo de casa”, que é algo que, sem dúvida, lhe dá orgulho e um tanto de autoridade, pelo menos entre as suas colegas. Ela entra e se

aprofunda neste tema (formação profissional), mesmo tendo sido apresentados todos os temas a serem discutidos e tendo sido dito que este encontro seria pra apresentar o modo de funcionamento dos encontros e não necessariamente para aprofundar a discussão de qualquer um dos temas.

Esta auxiliar começa a contar a história de sua entrada na UTI, o que inicia falando de maneira positiva, apesar de ser algo que pareceu ter-lhe sido imposto:

“Ninguém me perguntou. Mas eu queria! Por quê? Porque eu já tava naquela mesmice (...). E você vendo uma UTI funcionando assim (...) ái tu via, aí tu queria entrar pra ver, pra aprender as coisas.” (Tereza)

Tereza conta que a sua história envolveu uma mistura de prazer em conhecer algo novo, desafiante no seu trabalho e os sentimentos difíceis/ dolorosos gerados por esse mesmo novo. Assim, a UTI neonatal foi se tornando um lugar pelo qual ela foi se apaixonando aos poucos e pelo qual tem preferência explícita em relação aos outros setores do berçário. A fala, a seguir, toca na questão da dificuldade (cognitiva, afetiva, corporal) de seu encontro com o trabalho com os bebês de alto risco, graves, com os quais ela nunca havia lidado antes e para o que não recebeu treinamento adequado. Ao mesmo tempo em que o trabalho na UTI representava a possibilidade de sair do que ela chamou de “mesmice” do trabalho no berçário de admissão³⁸, ele mostrou sua complexidade e parece ter gerado uma certa decepção, logo de início, o que pode ter contribuído para um certo fortalecimento alcançado por Tereza ao longo do tempo (criação de defesas melhor estruturadas, desenvolvimento de competências a partir da prática?).

“Mas não que eu tenha ficado satisfeita, porque eu fiquei muito nervosa, eu chorei porque eu não sabia pegar veia, punccionar veia, era mecônio - que eram as fezes da criança misturada - (as outras riram concordando enquanto ela falava isso), eu cheguei a chorar, entendeu?! Muita gente também foi assim, mais ou menos, né? (as outras balançavam a cabeça concordando).” (Tereza)

Durante a sua fala, a auxiliar se remete às colegas sobre a “estréia” de cada uma que, mesmo tendo sido diferente, teve em comum uma certa dificuldade em lidar com o cuidado dos bebês, especialmente no sentido de uma carga emocional/mental, ligada ao próprio “não saber fazer” (“*eu fiquei muito nervosa, eu chorei porque eu não sabia...*”). Ela parece falar aí da mobilização do corpo-si gerada (pelo menos) pela “estréia” neste tipo de trabalho que, junto com a sua própria dimensão técnica (1º. ingrediente da competência), foi desconsiderada, já que não houve um treinamento para a sua nova função, a qual ela foi

aprendendo na prática, na marra. Tereza, apesar de se mostrar segura em relação ao que fala, diversas vezes chama as colegas a concordarem com ela, respaldando-a a falar das questões que perpassam a todas elas de forma parecida. Um exemplo disto é o “né”, muito utilizado por ela (“*eu cheguei a chorar (...) entendeu?! Muita gente também foi assim, mais ou menos, né?*”). Ao mesmo tempo, usa muito o “entendeu?”, que parece estar ligado a chamar o interlocutor para a importância do que está falando e para a importância de se dar visibilidade àqueles assuntos.

“Mas, depois eu gostei, não quero sair mais, prefiro trabalhar na UTI do que na UI, no BBR, do que..., entendeu? Porque pra mim, assim..., não é o ‘trabalhar muito’ entendeu? É você gostar do que você faz. Tem gente que gosta da UI porque gosta de fazer aquilo, né. ‘ah, eu gosto de ficar no BBR...’ por que? Por causa da mamadeira..., cada um tem o seu jeito, não é porque trabalha menos.” (Tereza)

Nesta fala, entendemos que Tereza está considerando (implicitamente) um certo pensamento comum/ generalizante de que a UTI é um lugar mais trabalhoso, difícil e complexo e “mais estressante” de se trabalhar e de que os outros setores (UBR, UI e Canguru) seriam lugares onde se trabalharia “menos”. Assim, ela aponta que o “gostar” é o que define a justificativa para se trabalhar, seja na UTI, seja nos outros setores. Um outro aspecto dessa fala é perceber que aí ela já estaria apontando para um assunto que surgiu fortemente em encontros posteriores: o fato de a escolha dos setores de trabalho dentro do berçário ser feita pelas enfermeiras, em vez de as próprias auxiliares terem essa autonomia, e fazerem isto seguindo a sua preferência.

Voltando à dificuldade apontada por Tereza sobre o início do trabalho na UTI, entendemos que esta está ligada a um não saber como agir diante das necessidades dos bebês, por falta de experiência e de acompanhamento/ treinamento naquela época, o que ela chamou de um “estresse”, que hoje ela não sente mais:

“o que fazer primeiro? Puncionar veia ou limpo coco? Quê que eu faço, entendeu? ...a cabeça da criança assim (põe a mão na cabeça imitando um inchaço) de edema. Então tu fica assim... nunca fez nada...” (Tereza).

Parece que esta falta de preparo para realizar as tarefas complexas que lhes são demandadas está relacionada ao que Lopes & Leal (2005) chamam de dominação das práticas do *tratar* sobre as do *cuidar*. Tais práticas se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Assim, para cuidar não seria necessário mais do que ser mulher de classe social baixa, acostumada a essas atividades, treinada pela vida doméstica, especialmente

quando se trata de cuidar de bebês pequenos e frágeis, que necessitariam de mãos dóceis, femininas e de uma experiência maternal. O que, na prática, se mostra de modo diferente e gerador de conflito e sofrimento por parte de quem chega a esse mundo da UTI neonatal.

Neste sentido, entende-se que não seria necessário um processo de qualificação profissional, como o é o dos médicos, por exemplo. O trabalho das auxiliares, como sua própria categorização entrega seria de *auxiliar*, de dar suporte (intensivamente e em presença constante) ao trabalho dos *experts* (valorizado, científico, profissional) (idem, *ibidem*, p. 112).

Em relação, por exemplo, à higiene, parte importante do trabalho das auxiliares, desde a higienização dos próprios bebês até os cuidados relativos à prevenção da disseminação de infecções hospitalares, as autoras afirmam:

“... a higienização constitui um dos componentes essenciais do cuidado de saúde. Os cuidados com a higiene se materializam em ações fundamentais ao processo terapêutico, na medida em que respondem as necessidades básicas de manutenção da vida e recuperação do bem-estar. O que queremos mostrar é que o fato de se associar (funcionalmente) essas práticas no campo do trabalho, sobretudo hospitalar, às “qualidades” (e não qualificação) femininas condena essas ações ao status de tarefas intermediárias, destituídas de valor científico no processo terapêutico. Não é sua indispensabilidade no processo terapêutico que preside a organização da hierarquia e dos espaços de exercício das práticas de enfermagem e das práticas terapêuticas no sentido amplo, mas sua definição enquanto ação de enfermagem, ação feminina. Portanto, assiste-se gradativamente, sobretudo no domínio da higienização e da anti-sepsia hospitalar, a uma seletividade hierarquizada de tarefas. Esta seleção não se baseia em seu valor assistencial ou terapêutico, ou mesmo na integralidade do paciente, mas no “prestígio” social dos seus protagonistas, na perspectiva de classe e sexo.” (Lopes & Leal, 2005, p. 114).

Assim, a fala da Tereza mostra que o aprendizado das auxiliares sobre o trabalho no berçário se dá muito mais na prática do que de outra forma, especialmente no momento em que ela entrou (de estruturação do setor, em uma época com menos recursos técnicos), quando não tinha nem sequer com quem aprender (que fosse sua colega, de mesmo nível hierárquico), o que fez com que, além de aprender na prática, tivesse de aprender praticamente sozinha.

O treinamento de quem entra no berçário atualmente é feito, segundo as trabalhadoras, “de auxiliar para auxiliar”, sem uma sistematização, mas de uma maneira pela qual se consegue fazer a transmissão do patrimônio de saberes-fazer, regras, valores específicos do grupo das auxiliares.

Esse “treinamento” feito delas para elas próprias, envolve transmitir, através do acompanhamento (não sistemático) das novas colegas, as características de seu coletivo, ancoradas em um ofício. Os trechos de falas de duas auxiliares, expostos a seguir, remetem-se à transmissão deste patrimônio:

“Até porque eu acho que se é uma enfermeira que ta ensinando não vai ter o nosso jeito, de auxiliar, entendeu?” (Tereza)

“pelo nosso profissionalismo aqui, a gente tem uma coisa de fazer sempre o melhor” (Joana)

É interessante que, no primeiro momento em que começamos a falar sobre o trabalho delas, elas já falem sobre os valores presentes nele, como se já houvesse uma “fala implícita” sobre isso entre elas, como um gênero profissional construído e colocado agora em discussão mais aberta, talvez a partir do próprio dispositivo “encontro sobre o trabalho”, possibilitando a percepção e a expressão verbal desse patrimônio.

Rosa³⁹ - que quase não fala, mas que quando fala faz colocações interessantes e originais em relação ao que está sendo dito -, trouxe a questão de que tem pessoas que trazem a experiência de outros lugares em que trabalharam. As outras citam também o fato de terem tido filhos como uma experiência anterior com bebês que acaba sendo mobilizada para a prática daquele tipo de trabalho.

Em determinado momento, Tereza comenta sobre cada tema de discussão. Ao falar sobre as condições de trabalho, diz:

“me irrita muito as condições de trabalho, dinheiro paga pouco, paga uma... droga de salário pra gente se matar” (Tereza).

Mostra-se aí a não valorização social desta atividade, que é um trabalho de *ter que se matar para não matar*, e a invisibilidade de todo um esforço e uma mobilização do *corpo-si* para realizar o cuidado complexo daqueles bebês, o que envolve uma luta permanente pela vida (dos bebês e delas próprias), que se apresenta em grande fragilidade:

“Você tem que se matar ficar procurando jelco do bom, pra não machucar a criança, pra não ter que furar toda hora..., né? não é verdade? (dirigindo-se às colegas) ‘ah, tem jelco?’ ‘tem’, do ruim...”

Ao falar de condições de trabalho, logo de início aparecem tanto a preocupação com a saúde delas (“você tem que se matar”), como com a dos seus clientes (“pra não machucar a criança, pra não ter que furar toda hora”). Assim, o fato de o material ser de má

qualidade – o que foi discutido de forma mais aprofundada no encontro IV – representa tanto uma nocividade para a saúde delas, quanto para a dos bebês, o que parece decorrer da própria invisibilidade de seu trabalho, que não é (re)conhecido - no duplo sentido da palavra, tanto como de inverso da negação da realidade, como de gratidão (Dejours, 2004).

Outro ponto que apareceu diversas vezes durante os encontros foi o dos conflitos na divisão do trabalho com as enfermeiras:

“Não tem divisão de trabalho, entendeu, a gente faz coisas que a gente não é pra fazer, que a gente vê que não é nós que temos que fazer. A gente faz por quê? Porque nada acontece, entendeu, tu vê que nada acontece, ninguém muda, entendeu, então é você que tem que fazer tudo, (...) não vai sair nada dali, então é você que tem que fazer. Isso te irrita..., isso me irrita, você não sabe como me irrita. Eu não sou de ficar irritada não, eu falo mesmo” (Tereza).

Ao mesmo tempo em que Tereza mostra uma grande irritação com o fato de ter que realizar determinadas tarefas restritas (por lei) aos enfermeiros, ela se contradiz ao dizer que não costuma se irritar, que sempre fala quando algo a está incomodando. Neste sentido, parece que ela aponta que até ela, que tem experiência ali dentro e que por isso teria uma certa autoridade para falar o que pensa, sente-se limitada/ amputada nesta relação com as enfermeiras.

Dizer enfaticamente que “não tem divisão do trabalho”, seria uma forma de estar apontando para uma sobrecarga vivida pelas auxiliares que, mesmo que não corresponda à total realidade (pois é claro que o trabalho é sim dividido, mesmo que sob critérios não “justos”) parece-nos uma estratégia de chamar a atenção sobre a problemática da sobrecarga gerada por uma divisão desigual, injusta, desequilibrada.

Interessante que, antes de falar que ela própria se irrita, Tereza diz: “isso te irrita”, o que parece fazer parte do seu esforço em falar de forma não solitária sobre um problema que é do coletivo, mesmo que gere diferentes graus de “irritação” em cada uma.

Outro ponto a ser destacado é a justificativa utilizada pela auxiliar para realizar as atividades que não lhe cabem: a própria criança que ficaria sem os cuidados necessários, algo que foi comentado novamente ao final do encontro. Sabemos, é claro, que além desse aspecto, existe a dificuldade de enfrentamento de uma hierarquia, além da própria realidade do serviço que apresenta uma escassez de profissionais (inclusive de enfermeiros) para realizar o atendimento dos bebês. Assim, se as enfermeiras fossem realizar todos os procedimentos de punção e aspiração (justamente aqueles que as auxiliares fazem e que não lhes cabem oficialmente), talvez não tivessem tempo de dar conta de suas demais responsabilidades... talvez.

Esta questão do conflito das ações e responsabilidades apareceu muitas vezes durante a pesquisa e parece decorrer da tal “falta de força” da enfermagem (auxiliares) em se contrapor a situações vindas “de cima para baixo”. Em outro sentido, esta questão também deixa à mostra o fenômeno de superqualificação entre várias destas trabalhadoras, visto que apresentam e utilizam competências fruto da experiência de trabalho, e até mesmo de qualificações⁴⁰, além das que lhes são exigidas oficial⁴¹ e legalmente^{42,43}. Esta superqualificação não é, no entanto, acompanhada de reconhecimento e de um melhor aproveitamento pela organização do trabalho. As auxiliares contam que as ações realizadas por elas, e que seriam privativas de enfermeiros, são vistas de modo positivo ou negativo por estes dependendo da “conveniência” gerada para eles.

As participantes disseram, ainda, que as enfermeiras lidam com elas preconceituosamente em relação à sua classe social e nível de escolaridade (através de críticas a seus erros de português, por exemplo), mas que esta relação só é ruim no âmbito das atividades de trabalho, não apresentando problemas, por exemplo, em comemorações de aniversário e conversas sobre assuntos externos. Dizem que as enfermeiras *profissionalmente* são uma coisa e *pessoalmente* são outra.

A fala de Rosa (*hoje eu fiquei irritada, eu queria dar um banho, não tinha pano pra mim secar a criança*”), seguinte à de Tereza, parece também expressar uma forte mobilização relacional, na medida em que se refere a uma irritação presente no dia-dia de trabalho, decorrente de situações diversas ligadas à precariedade das condições de trabalho, e que envolvem um impedimento da atividade (Clot, 2001), de se realizar um trabalho mais bem feito, que gere um melhor produto. Assim, parece que Rosa aproveitou o movimento levantado pela fala de Tereza (que quase sempre inicia os movimentos das falas), em relação à irritação, a incômodos vividos no trabalho, para falar da falta da toalha de banho.

Por outro lado, a continuidade da fala de Rosa aponta para a posição da mãe do bebê como co-produtora na relação de serviço de “cuidar da criança”, no sentido colocado por Salerno (2001), para definir este tipo de relação: “modalidades de interconexão entre os prestadores de serviço e os clientes a propósito da resolução do problema pelo qual o cliente se dirige ao prestador” (p. 17):

“perguntei à mãe ‘ah, olha a sua filha ...’ - a criança imensa, gorda - ‘seu neném precisava tomar um banho, mas eu não tenho um pano’, aí ela foi lá ‘ah, eu tenho uma toalhinha lá em cima’, eu falei: ‘então vai lá, pega’” (Rosa).

Sob um outro ponto de vista, poderíamos dizer que o quê se forma entre a mãe (e o bebê) e a auxiliar, neste e em outros momentos, é uma entidade coletiva relativamente pertinente (ECRP) (Schwartz, 2007c).

Tereza, num movimento de concluir/ resumir o que foi falado sobre condições de trabalho, diz:

“Você sabe como trabalhar, mas cadê as condições, entendeu?” (Tereza)

Entendemos que esta fala também chama a atenção para o valor de um saber (“Você sabe como trabalhar”) ao qual não é dado o devido apoio (“condições”) para que se desenvolva.

Em seguida, as auxiliares comentam a má qualidade de um lençol doado ao hospital, que elas têm para usar com os bebês. Todas falam muito mal deste e se empolgam com a discussão, chamando a atenção para o quanto o fato de não serem consultadas sobre o material a ser utilizado em seu trabalho é nocivo para as próprias crianças. Neste caso, dizem que o lençol deixa o bebê escorregar, o que acaba sendo perigoso pra ele. A seguir, expomos o diálogo em que as trabalhadoras comentam sobre o lençol doado:

“Tereza: manda tirar foto daqui a uma hora com a criança em cima... (refere-se ao fato de terem tirado foto do lençol na incubadora para mostrar ao doador)”

Joana: é...

Luiza: ou então vir perguntar primeiro qual o pano que a gente prefere.

Rosa: se foi bom, né se gostou... se adequar ao trabalho, né...”

Sobre as mudanças no berçário durante os vinte anos de “casa” de Tereza (tomados como “referência” na discussão do grupo sobre o histórico da unidade), Joana afirma:

*“se naquele tempo ela [Tereza] (...) não tinha pano também pra fazer uma cama, não tinha nada e hoje a gente tem, só que o **material** é de péssima qualidade, que não dá um suporte bom pra gente cuidar da criança, entendeu? Então, quer dizer, esse melhor é um melhor de meio termo, não é aquele melhor que a gente acha que foi mesmo pra melhor, que a gente pode botar a mão e dizer ‘ eu boto a mão no fogo’, porque melhorou mesmo’, não... é uma melhora superficial.” (Joana)*

A auxiliar chama a atenção para a grande importância da qualidade das condições de trabalho para a qualidade do trabalho realizado, igualando *condições* a *suporte* para se trabalhar (“cuidar da criança”), ao mesmo tempo em que relativiza as melhorias ocorridas ao longo dos anos. Tal colocação parece demonstrar um grau de exigência sempre crescente, próprio dos seres humanos, em tornar o meio de trabalho mais *vivível* (Schwartz,

2002) e mais compatível com a saúde e a qualidade (e produtividade) dos serviços por prestados por elas.

Durante essa fala de Joana, Tereza - que havia dito que muita coisa havia melhorado naqueles vinte anos, apesar de sempre ter uma “bomba” -, a interrompe dizendo:

“a gente pode dizer que melhorou com o tempo? Melhorou com o tempo? Não!” (Tereza)

Neste momento, a fala de Tereza, contradizendo parcialmente o que disse antes de Joana se pronunciar (“algumas coisas melhoraram daqueles meus vinte anos pra cá? Muita coisa melhorou, mas também... brincadeira...”), aparece na tentativa de se adequar à lógica trazida por Joana, configurando-se, talvez como uma busca por reconquistar a sua fala enquanto predominante, o que a partir desta colocação de Joana parece se deslocar de forma polarizada.

Joana, que começa a monopolizar as falas, afirma que as auxiliares do seu plantão são “brigonas”, “no bom sentido”, dá o exemplo de contestarem o lençol de má qualidade. Fala disto como uma marca do grupo de auxiliares deste plantão (o que também foi falado por ela durante conversa em uma visita), apontando aí a construção de um coletivo de trabalho, que não deixa as reclamações serem atos solitários e individuais de cada trabalhadora:

*“a gente é muito é **brigona**, né, assim, **no bom sentido**, porque - como você ta vendo ela falar -, a gente já ta começando a contestar essa coisa desse tecido, a gente já ta começando a contestar. Então, quando uma reclama, a outra fala, a outra fala, a outra fala, uma hora alguém vai ter que ouvir isso”.*

Da discussão sobre o lençol, passam ao problema da infecção hospitalar, a partir do relato de Rosa, que conta que encontrou um lençol vindo da lavanderia com um esparadrapo colado. Neste momento surge a questão de sobre quem é culpado pela infecção hospitalar.

*“**Rosa:** e depois é o que? ‘quem contaminou a criança?’ é o auxiliar de enfermagem*

***Tereza:** é porque tudo cai... (...)*

***Luiza:** isso é uma coisa que revolta também, **tudo** é o auxiliar, a infecção sempre quem pega é do auxiliar, nunca é do médico, nunca é do enfermeiro, nunca é de ninguém”.*

Já aqui aparece a questão do “em cima e embaixo”, estando as auxiliares na base da pirâmide hierárquica da equipe de saúde, sobre onde *cai*, dentre outras coisas, a

responsabilidade da disseminação das infecções, segundo elas próprias. Contam que os médicos e outros profissionais de saúde muitas vezes não usam luvas ou capotes, nem lavam as mãos ao tocar crianças diferentes. Elas vêem, então, como injusta a indicação de que seriam as responsáveis pela disseminação de infecções:

*“o médico também pega sem luva..., mas ‘quem pega sem luva é o **auxiliar**, quem não lava a mão é o **auxiliar**’, mas o médico passa aqui, passa lá, passa em todo mundo..., o enfermeiro passa também em todo mundo, as fonos passam em todo mundo, as T.O.s passam em todo mundo, mas ‘quem passa é o auxiliar’, isso revolta...” (Luiza)*

Esta fala mostra um sentimento de injustiça (“isso revolta”) em relação ao poder e maior autonomia dos profissionais de saúde de nível superior em seguir as próprias regras na hora de usar ou não um equipamento de proteção, por exemplo, algo que com elas acontece de modo diferente. Ao mesmo tempo em que estão na base da pirâmide hierárquica, são também a categoria profissional em maior quantidade em toda a unidade (e em todo o hospital), o que aumenta a possibilidade de serem estas as realmente responsáveis pela maioria das infecções⁴⁴, e contribui para a idéia (mais “confortável”) de que elas seriam as principais responsáveis.

A título de ilustração, se encontram a seguir as orientações sobre o controle de infecções entre recém-nascidos em UTI neonatal, segundo Ramos & Carneiro (2000) em um artigo de revisão de literatura sobre o tema:

“lavagem de mãos e antebraços antes e após contato com cada RN; técnicas assépticas nos procedimentos invasivos; controle de agressões diagnósticas e terapêuticas, diminuindo a quebra de barreiras protetoras; controle de bactérias multirresistentes com a adoção das precauções padrão e controle de antimicrobianos e orientação dos pais para o acesso à UTI-N” (p. 48).

Joana conta uma situação em que se “paramentou” com equipamentos de proteção para atender uma criança que havia estado infectada e a médica que estava fazendo o procedimento não fez o mesmo, porque disse que os novos exames haviam apontado o fim da infecção. Ao relatar esta situação, Joana disse:

“a resposta que ela me deu não foi convincente pra mim. Eu poderia até acreditar nela: ‘ah, ela é médica, né, é ela que ta falando, o CR dela é muito mais forte do que o meu, né, o CRM dela é muito mais forte... Então, a palavra mais objetiva é a dela, não a minha..., eu me paramentei toda e cuidei da criança” (Joana).

A auxiliar fala aí de uma ação baseada em seus conhecimentos (menos valorizados que os da médica), a partir dos cursos a que teve acesso dentro do hospital entre outras fontes, mas que lhe serviram de força para se contrapor a uma médica, mesmo não tendo a força suficiente para que a médica agisse do modo como Joana sugeriu. Essa sua ação parece estar ligada ao valor de seu coletivo de se “fazer sempre o melhor”, de serem rígidas com relação à qualidade/ produtividade do trabalho com os bebês, constituindo-se como parte de um gênero profissional fortalecido e que consegue se expressar, mesmo diante do grande valor social que o gênero dos médicos apresenta.

Clot (2006, p. 38 e 36) afirma que o gênero serve de “meio de ação para cada um” e, neste sentido, a competência demonstrada por uma auxiliar - neste caso, Joana – tem um “componente impessoal (...) *genérico*”.

Notamos que, se por um lado, o controle da infecção hospitalar representa um esforço que deve ser feito por todos, conjuntamente e com os mesmos recursos (formando uma ECRP), por outro, apresenta nuances diferentes a partir das posições de poder ocupadas pelos profissionais:

“não é uma questão de fofoca, nem de conversa, nem de disse me disse. Se a gente [as auxiliares] precisa ser policiado - com respeito, numa boa, tranquilo, - então eles (os profissionais de nível superior) também precisam ser policiados, entendeu? É uma coisa de trabalho mútuo. Quando chega lá pra gente (toda a equipe em uma ECRP) e diz assim ó: ‘fechamos uma semana sem nenhuma infecção’, pôxa, maravilha (bate palmas)! Na outra semana diz pra gente: ‘ó, fechamos de novo sem infecção’, maravilha! Significa o que? Que não é só o meu trabalho, é o trabalho da Rosa, é o trabalho dela, dela, dela, dela (apontando para as colegas), de todas outras e até de, de... médicos, que ta sendo bem feito, entendeu? Então, aí naquele momento (da situação com a médica, citada acima), eu até fiquei assim, aí é difícil, que aí, pra todo efeito, se tiver alguma outra situação ali, e outra criança ser colonizada, ‘foi a enfermagem’, mas, na verdade, a enfermagem não ta usando daquela forma, ta se paramentando, ta fazendo e tal... e quem é que ta levando [a infecção] pra aquela outra criança? Será que não seria a outra própria pessoa e que achou que não ou tinha o exame, que não tinha nada, ela vai lá, só vai lavar a mão...” (Joana).

Tereza acrescenta a isso, o fato de que *nem todos sabem* como usar o capote, as luvas etc. Ela diz que isso acontece tanto com auxiliares, quanto com médicos, enfermeiros, T.O.s etc., a diferença é que, mesmo sabendo como fazer, as auxiliares não podem chamar a atenção dos profissionais hierarquicamente superiores na escala de saber-poder:

“a maioria (dos auxiliares) sabe, outros também não sabem não, mas só que eu acho que têm pessoas que você pode chegar e pode falar: ‘fulano, olha aí...’ tem outras que você não pode chegar porque vai achar que você tá querendo ser mais...”(Tereza).

Quando caminhamos para o final do encontro, Joana pede para “dar uma passadinha” por todos os temas, para comentá-los. Isso nos pareceu bastante interessante, demonstrando, talvez, uma preocupação em se colocar como co-pesquisadora, em se colocar como parte e como construtora daquela comunidade dialógica de pesquisa. Isso também havia sido feito de certa forma, por Tereza, em momento anterior. Esta “passadinha” também parece muito relacionada à própria característica do trabalho de enfermagem de checar as listagens de prescrições, de certificar-se de que todos os procedimentos foram cumpridos.

Sobre a questão da estréia na UTI, Joana também chama a atenção para a dificuldade do trabalho no início, mas afirma que o tipo de “treinamento” como “sombra”⁴⁵ ajuda a conhecer melhor a atividade e aprendê-lo de um modo prazeroso:

“Num primeiro momento, a gente até se assusta, não quer, fica ‘ah, meu Deus!’ - como não foi só o meu caso, como o de outras – mas aí depois a gente começa a ver que a coisa não é esse bicho de sete cabeças. Que se a gente começar, quando fica essa coisa de sombra, a gente vai lá, acha bonito o que a colega faz: ‘pôxa, fulana trabalha tão bem, cicrana também trabalha tão bem, fulana punctiona uma veia muito bem...’, então, a gente já começa a pegar, fazer um apego por aquilo.”(Joana)

Em sua fala, Joana também procura chamar o coletivo para afirmar que não foi apenas a sua “estréia” que foi difícil, mas a de suas colegas também (“como não foi só o meu caso, como o de outras”). Chama a atenção para as riquezas presentes no tipo de treinamento que se dá entre elas através do processo de “sombra”. Entendemos que trazer para a discussão esse processo de formação que se dá entre as próprias auxiliares seria uma oportunidade de se colocar o gênero profissional em discussão, revitalizando-o, reinventando-o e contribuindo para que este se torne visível e que a atividade de trabalho seja valorizada socialmente.

Clot (2006) afirma que o conceito de gênero vem abreviar a idéia de “atividades ligadas a uma determinada situação, das maneiras de ‘apreender’ as coisas e as pessoas num determinado meio”, assim entende-se que é a isso que a fala de Joana se refere: ao aprendizado das regras não escritas, construídas pelo coletivo de trabalho que são transmitidas – e devem ser sempre reavaliadas – às profissionais que chegam novas ao serviço. Através do trecho seguinte, Clot nos possibilita entender melhor o quão importante

é a (re)apropriação da própria atividade por um coletivo – que se dá, por exemplo, durante um processo de “formação” de um novo membro - e o quanto a postura da hierarquia deve contribuir para que isso ocorra:

“A formalização social (...) não pode ter outra fonte senão a mobilização do próprio coletivo de trabalho, que redefine a tarefa, tornando-a sua. Mas, sem dúvida alguma é da responsabilidade da hierarquia reconhecer essa função do coletivo a fim de que isso possa ocorrer.” (idem, ibidem, p. 38-39)

É interessante, ainda, notar que a fala de Joana apresenta elementos marcantes sobre como o *corpo-si* está envolvido completamente no processo de aprendizagem do seu trabalho. Além do processo cognitivo presente neste processo, a afetividade aparece aí de forma privilegiada e colada à própria dimensão corporal. Isto pode ser visto através da relação entre o puncionar (pegar) veia, o “pegar” no sentido cognitivo-corporal (“a gente já começa a pegar”) e o “apegar”, no sentido afetivo (“fazer um apego por aquilo”), colocados na fala de Joana. Além disso, observamos aí a dinâmica do reconhecimento através do julgamento feito pelos pares, que têm como referência a beleza (“a gente vai lá, acha bonito o que a colega faz: ‘pôxa, fulana trabalha tão bem, cicrana também trabalha tão bem, fulana punciona uma veia muito bem’”) do trabalho realizado (Dejours, 2004).

Comentando o tópico “diferentes equipes de trabalho”, Joana falou que cada plantão tem o seu jeito e o seu “contexto” para se trabalhar. Sobre as características do grupo do seu plantão, ela disse: “a gente tem uma união muito forte”, citando uma situação em que chamou uma colega para ajudar numa punção venosa, “a gente tem essa coisa de se ajudar uma à outra”. Joana fala aí da cooperação feita possível na medida em que o grupo do plantão dela tornou-se um coletivo:

“eu não conheço os outros [plantões], mas no nosso [plantão], assim, tem uma coisa mais de ta podendo ajudar”

A transmissão de um patrimônio de valores e saberes entre as auxiliares mais antigas e as mais novas no local de trabalho parece expressar a importância da visibilidade das regras de ofício construídas pelo coletivo de trabalho. Assim, a efetividade social é o que possibilita - além da concordância sobre estas regras entre os trabalhadores - a construção de laços de cooperação entre eles (Dejours, 2004).

Segundo de Tersac (*apud* Clot, 2006), a regra não escrita constitui-se como ocasião de uma relação obrigatória de cooperação para se realizar o trabalho, estruturando as diversas trocas nas quais os operadores estão engajados.

Sob um outro ponto de vista, pode-se também entender a cooperação ou “coesão interna entre a equipe baseada numa ajuda mútua” como um tipo de estratégia defensiva de trabalhadores de saúde contra a sobrecarga emocional e afetiva face ao contato com a dor e o sofrimento (Pitta, 1991, p. 156).

Ao dar sua “passadinha” por todos os temas, Joana chega às “condições de trabalho”, fazendo novamente uma relação destas condições com a saúde delas próprias, além do sofrimento gerado nos bebês.

“E essas ‘condições de trabalho’, pra mim, eu vejo como uma coisa que não é..., não parte da gente, não parte da gente ‘auxiliar’, parte do que é..., o suporte que é dado pra gente trabalhar, entendeu? Então, se o suporte não é bem estruturado, aí tem momentos que rola um estresse, rola um estresse, a gente fica cansado. Eu, quando cheguei aqui [ao grupo], cheguei cansada, porque a gente passou uma hora numa criança e a gente tentando daqui..., então, é ruim, a criança já tava ficando fria, gelada, a mãe andando pra lá, pra cá, entendeu? E a hora passando, chegando o momento da gente fazer outros trabalhos e a gente o tempo todo ali em cima daquela criança, mas, por que? Porque a gente não tem um jelco..., péssimo pra se trabalhar, ta, cada dia que passa são mandados materiais de péssima qualidade pra gente, ta..., perfusores, assim, fininhos, mas com um encaixe grosso demais que pesa. Assim, a gente tem a impressão nítida, olhando, que aquilo ali até ajuda a perder o acesso venoso, entendeu? Então, o quê que acontece? Tem uma condição de trabalho boa? Não tem, não tem porque a gente não sacrifica não é só a nossa conduta não, a gente sacrifica a criança que ta com a gente também, porque quando a gente perde aquele acesso, a gente tem que puncionar de novo. Então fica..., isso desestrutura totalmente você, porque um dia de trabalho que você tem às vezes pra tirar como um dia tranqüilo de trabalho, ou seja, não ta havendo parada [cardíaca], não tem ninguém morrendo, não tem nada, você fica com um dia de trabalho estressante, cansativo e por coisas pequenas, que poderiam ter sido resolvidas da melhor forma possível, aí você..., seu lado da saúde fica desestruturado? Fica! Você chega em casa um caco, cansada, ‘pô, hoje não teve parada, não teve nada, mas eu to cansada, cara eu to cansada!’...””(Joana).

Esta fala apresenta diversos elementos que contribuem para uma análise da relação entre saúde e trabalho. Primeiramente, ela é ilustrativa do que Schwartz (2003) chama de *gestão do uso de si*, por si e pelos outros, conceito que a ergologia propõe para se diferenciar radicalmente da idéia de que as pessoas simplesmente *executam* uma tarefa ao trabalharem. Um “uso de si” remete ao uso pelo trabalhador, de suas próprias capacidades,

dos próprios recursos e das próprias escolhas para gerir as infidelidades do meio, sempre presentes.

Durante a situação narrada por Joana (vívuda naquele mesmo dia e da qual parecia “recuperar-se” no início do encontro, enquanto estava mais silenciosa), pode-se listar um grande número de difíceis arbitragens realizadas em dias de trabalho “teoricamente” mais tranqüilos, aqueles em que não há nenhuma criança muito grave/ com grande risco de vida, ou aquele em que o fluxo do trabalho flui sem “paradas” (no duplo sentido da palavra). A gestão dessas arbitragens, tensões e da mobilização de diversas competências envolve, entre seus aspectos mais visíveis/ verbalizáveis: uma preocupação (seguida provavelmente de uma decisão não explicitada na sua fala) com a perda de calor do bebê devido ao grande tempo com a incubadora (que o aquece) aberta; com o horário que passava e representava a necessidade de se realizar outros cuidados, de outros bebês; com a mãe do bebê que estava vivenciando junto a tensão de ver resolvido o problema e o sofrimento de ver o bebê sofrer. É perceptível que a gestão realizada pela auxiliar envolve a mobilização de seu corpo inteiro, demonstrada na alta mobilização e no cansaço físico, cognitivo e afetivo presentes em sua fala.

É interessante também notar a arbitragem de valores relatada pela auxiliar, quando diz: “a gente não sacrifica não é só a nossa conduta não, a gente sacrifica a criança que ta com a gente também”. Através do que mostra que está sendo feito um “sacrifício” dos valores relativos à conduta apreciada por ela e pelo seu coletivo (“a gente”) no trabalho, que tem a vida das crianças atendidas como um valor fundamental.

É evidente que, se entendemos saúde de maneira ampla, relacionada à capacidade de criação de normas frente às infidelidades do meio (Canguilhem, 2002), entendemos que é através dessa gestão dos recursos presentes no meio de trabalho que se pode conquistar a saúde no trabalho. Neste sentido, a saúde seria uma “margem de segurança”, um poder de tolerância e compensação às agressões do meio que, na situação relatada parece ter sido extremamente fragilizada, tornando-se difícil de ser conquistada. Entendemos que no quadro onde se desenham estas situações de trabalho precarizadas é necessário um fortalecimento dos sujeitos que aí atuam para que a busca pela saúde se mantenha possível e mais viável do que está sendo. Acreditamos que ter saúde é ter uma margem para gerir os riscos presentes na vida e não simplesmente achar que eles possam ser erradicados da vida de forma definitiva e é a ampliação desta “margem” e das possibilidades de gestão dos riscos que temos como foco.

Percebemos ainda que, através da colocação “em palavras” de Joana, se esboça uma percepção de aspectos invisibilizados do trabalho, já que a auxiliar fala do quanto um dia

de trabalho em que não há “paradas” não é visto – por elas próprias – como um dia “cansativo”, “estressante”, mas na verdade envolve uma mobilização muito grande por “muito pouco” (problemas de mais fácil resolução, como a questão da qualidade do material).

Ao longo deste encontro, as participantes relataram diferentes sentimentos relacionados às situações que vivem em seu dia-a-dia de trabalho. Sobre isso, nós gostaríamos de tecer algumas considerações, retomando, inclusive algumas falas já citadas anteriormente:

- O “nervosismo”, expresso algumas vezes pelo “choro”, aparece ligado ao “não saber como trabalhar” próprio da iniciação do aprendizado da atividade de trabalho com os bebês, quando não se tem um treinamento anterior específico.

Este “nervosismo” é expresso no trecho seguinte:

*“eu fiquei muito nervosa, eu chorei porque eu não sabia **pegar veia, puncionar veia, era mecônio** (...) o que fazer primeiro? **Puncionar veia ou limpo coco?** Quê que eu faço, entendeu? (...) Então tu fica assim... nunca fez nada...” (Tereza)*

E se contrapõe a uma “tranqüilidade” trazida pela experiência da prática e pelo aprendizado junto às colegas mais antigas na Unidade:

“hoje ta tranqüilo, hoje eu não..., assim, ‘ah, a acriança parou!’, hoje eu não fico que nem uma louca, entendeu, a gente sabe o que tem que fazer, faz aquilo que tem que fazer, mas não fica que nem uma maluca procurando as coisas, vai certo naquilo, faz, acabou, né. O que dá a experiência, o bom da experiência é isso” (Tereza).

“a maioria de nós entramos e já fomos logo pra UTI. Num primeiro momento, a gente até se assusta, não quer, fica ‘ah, meu Deus!’ - como não foi só o meu caso, como o de outras – mas aí depois a gente começa a ver que a coisa não é esse bicho de sete cabeças. Que se a gente começar, quando fica essa coisa de sombra, a gente vai lá, acha bonito o que a colega faz (...) então, a gente já começa a pegar, fazer um apego, por aquilo” (Joana).

- A “irritação” e o “cansaço” apareceram como categorias relacionadas a problemas nas condições de trabalho. As palavras “cansaço” e “estresse” parecem expressar mais especificamente a relação estreita entre a saúde e as condições de trabalho precárias.

Assim, os problemas nas condições de trabalho gerariam impedimentos na realização da atividade...

*“Então, condição de trabalho é isso: falta muita coisa, falta material. Você tem que se matar ficar procurando jelco do bom, **pra não machucar a criança**, pra não ter que furar toda hora..., né? não é verdade” (Tereza)*

“hoje eu fiquei irritada, eu queria dar um banho, não tinha pano pra mim secar a criança” (Rosa)

“E essas ‘condições de trabalho’, pra mim, eu vejo como uma coisa que não é..., não parte da gente, não parte da gente “auxiliar”, parte do que é..., o suporte que é dado pra gente trabalhar, entendeu? Então, se o suporte não é bem estruturado, aí tem momentos que rola um estresse, rola um estresse, a gente fica cansado” (Joana)..

“isso desestrutura totalmente você, porque um dia de trabalho que você tem às vezes pra tirar como um dia tranquilo de trabalho, ou seja, não ta havendo parada, não tem ninguém morrendo, não tem nada, você fica com um dia de trabalho estressante, cansativo e por coisas pequenas, que poderiam ter sido resolvidas da melhor forma possível, aí você..., seu lado da saúde fica desestruturado? Fica! Você chega em casa um caco, cansada, ‘pô, hoje não teve parada, não teve nada, mas eu tô cansada, cara eu tô cansada!’” (Joana)

... e a falta de reconhecimento pela mobilização desempenhada para dar conta do trabalho:

“me irrita muito as condições de trabalho, dinheiro paga pouco, paga uma... droga de salário pra gente se matar” (Tereza)

Assim, quando Tereza fala: “Você sabe como trabalhar, mas cadê as condições?” parece expressar que, passado o “nervoso” do “não saber trabalhar”, as auxiliares têm que se deparar com a “irritação” provocada pela falta de condições, de “suporte” para realizar sua atividade.

- Uma outra categoria surgida entre as auxiliares foi a da “revolta” que sentem em situações de injustiça, como as exemplificadas pela questão da infecção hospitalar, comentada pelas auxiliares na fala abaixo:

*“isso é uma coisa que revolta também, **tudo** é o auxiliar, a infecção sempre quem pega é do auxiliar, nunca é do médico, nunca é do enfermeiro, nunca é de ninguém..., o médico também pega sem luva..., mas ‘quem pega sem luva é o **auxiliar**, quem não lava a mão é o **auxiliar**’, mas o médico passa aqui, passa lá, passa em todo mundo..., o enfermeiro passa também em todo mundo, as fonos passam em todo mundo, as T.O.s passam em todo mundo, mas ‘quem passa é o auxiliar’, isso revolta...” (Luiza).*

3.2- Encontro I - A formação profissional das auxiliares de enfermagem

Este Encontro destinou-se a estabelecer com as auxiliares de enfermagem um diálogo sobre a sua formação profissional. Entendemos que dentro deste tema estão incluídas as diversas experiências de formação - formais ou não, vinculadas direta ou indiretamente ao trabalho como auxiliares de enfermagem - vivenciadas por estas trabalhadoras e mobilizadas durante as suas atividades de trabalho. Esta reunião teve a participação de quatro auxiliares (Tereza, Joana, Luiza e Iracema, todas as que participaram do pré-encontro, com exceção de Rosa) e durou cerca de uma hora.

Iniciamos este encontro retomando o que conversávamos no pré-encontro (que acabou sendo uma oportunidade de passar rapidamente por todos os temas propostos para os seis encontros) e apresentando uma análise inicial do que havia sido discutido, especialmente em relação ao tema da *formação profissional*. Em seguida, apresentamos, através de um retro-projetor, uma discussão teórica sobre as diferenças entre qualificação e competência. Após essa exposição, havíamos programado utilizar falas das trabalhadoras durante as visitas para estimular a discussão, o que acabou sendo feito apenas com a primeira frase, como explicaremos adiante.

Iracema mostrou-se ao longo de todo esse Encontro bastante participativa e empenhada em explicar às colegas o que nós estávamos falando. Parece-nos que isso se deu porque muitas vezes foi mesmo difícil para nós nos fazermos entender, gerando certa dubiedade na compreensão das participantes. Iracema usou expressões como: “o quê que acontece:...”; “o que ela [Letícia] ta dizendo é o seguinte...”; a resposta foi a seguinte...”, entre outras. Iracema, que também se colocou desta forma nos encontros seguintes nos quais esteve presente, acabou agindo como “tradutora” dentro da comunidade ampliada de pesquisa, tanto sobre o que nós falávamos às colegas (que muitas vezes discordavam das suas “traduções”) como do que nós ouvíamos das participantes.

A seguir, apresentamos a análise deste encontro, ancorada, entre outros conceitos, na noção de “competência industriosa” e de seus “ingredientes”, apresentados no capítulo 1.

3.2.1.- O que é necessário para ser auxiliar de enfermagem em UTI neonatal? - A busca da visibilidade e da valorização do patrimônio construído pelas trabalhadoras, individual e coletivamente.

No momento em que apresentamos os conceitos de *qualificação e competência*⁴⁶, Tereza nos complementa chamando a atenção para a importância da *experiência* como parte do que comporia uma competência industriosa. Em seguida, concordamos com ela e o seu celular toca e ela atende, momento em que Iracema intervém, relativizando a importância apenas da experiência, ao chamar a atenção de um outro aspecto da competência necessário ao desenvolvimento do trabalho delas. Interessante que o comentário de Tereza parece corresponder ao que suas falas têm trazido em relação ao seu longo tempo de trabalho no berçário, o qual ela procura valorizar como algo que lhe traz tranquilidade e segurança para trabalhar, entre outros elementos.

“Tereza: *a experiência, né*

Letícia: *a experiência. A competência é você ter uma determinada eficiência pra realizar um trabalho, que não depende só de uma qualificação. Então, a gente tá chamando a atenção desse aspecto da competência... querendo chamar a atenção...*

(O telefone celular de Tereza toca)

Tereza: *desculpa... (atende ao telefone dentro da sala)*

Iracema (enquanto Tereza fala ao telefone): *competência não tem muito a ver com experiência também, né, porque, na verdade, você pode trabalhar muito tempo dentro de uma situação e não ter... sabe, desenvoltura pra... agir em determinada situação...*

Nesta fala, Iracema estaria chamando a atenção para a complexidade dos elementos do *segundo ingrediente da competência*, conforme a perspectiva ergológica. Isso porque, esta trabalhadora parece sentir a necessidade de esclarecer ou especificar para as colegas (e/ou para as pesquisadoras) que não é apenas a experiência, na sua dimensão de tempo cronológico, que possibilita que elas realizem um trabalho de qualidade, mas sim uma “desenvoltura pra... agir em determinada situação...”, ou seja, um tempo mais ligado ao *dever*. Assim, trabalhar muito tempo em *uma* situação (próxima à idéia de regularidade ou de um contexto estável) não garante saber agir em *determinada* situação (outras situações singulares nunca antes vividas), ou seja, é fundamental saber lidar com os imprevistos, criar alternativas frente às variabilidades, que estão sempre presentes, e de maneira ainda mais premente ao se lidar diretamente com humanos no trabalho. Ao mesmo tempo em que a auxiliar fala de algo que remete à corporeidade da ação em situação, o que é da ordem do ingrediente dois, ela parece também chamar a atenção da competência necessária para se

analisar uma situação específica, na qual também se deve levar em conta sua dimensão protocolar/ regular. Assim, Iracema estaria apontando, mesmo que sutilmente, para a necessidade do estabelecimento de uma dialética entre os dois primeiros registros pra se realizar o trabalho que elas desenvolvem no berçário.

Parece-nos que esta observação se coloca como uma forma de valorização tanto do ofício de “auxiliar de enfermagem”, quanto das características do coletivo específico que se formou neste Encontro e que, em falas posteriores, procura valorizar bastante as características relacionadas a esta “desenvoltura” no trabalho.

Em seguida, ao apresentarmos a primeira fala, Joana logo se pronuncia e nos surpreende discordando de uma frase que ela própria havia dito em uma visita, a qual pareceu não reconhecer durante o encontro: “para escolher não pode ser auxiliar [de enfermagem]”.

Esta fala⁴⁷ havia sido dita por Joana durante uma visita, quando conversávamos sobre o seu trabalho e lhe perguntamos qual era o setor do berçário em que ela mais costumava ficar alocada. Joana disse que ficava em todos os lugares, explicando (num tom de crítica) que *auxiliar de enfermagem não pode ter preferência*, que deve se adaptar, falando como se isso fosse um enunciado geral sobre a sua categoria profissional. Disse, porém, que as características de cada uma das trabalhadoras acabam fazendo com que se identifiquem mais com determinados setores e tentem negociar com as chefias sobre as escalas. Expusemos esta fala pensando que ela poderia gerar uma discussão sobre o que caracteriza o ofício das “auxiliares de enfermagem”, quais são as *normas antecedentes* de suas atividades, em relação à construção desta profissão, supondo que uma destas características seria a de “não poder escolher”. Porém, como pudemos vivenciar em inúmeros momentos desta pesquisa, a necessidade de uma *humildade epistemológica* (Schwartz, 2000b) frente ao conhecimento sobre a atividade de trabalho nos foi lembrada neste encontro, logo de início, quando a própria Joana discordou de sua frase.

A seguir, o comentário de Joana sobre a fala:

*“Eu não concordo porque, pra escolher, **tem que ser auxiliar** porque tem que ter, pelo menos, noções básicas do que é feito, por exemplo, uma sonda, você tem que ter uma noção de como passar uma sonda... porque que você ta passando aquela sonda, pra quê que serve a sonda, mesmo que você não... e você só vai saber isso se você for auxiliar, se você tiver estudado alguma coisa da área de saúde” (Joana).*

No trecho: “*mesmo que você não...*”, Joana fala – quase deixando de falar -, do que elas *não* fazem ou do que *não* é dado a elas como papel fazer e que é, ao mesmo tempo,

aquilo que é valorizado socialmente: entender sobre a patologia, saber o diagnóstico, entre outras expressões do saber médico. Por outro lado, logo em seguida, ela chama a atenção para o que elas *sim* sabem, deixando de lado o que elas não sabem e onde nem podem se meter: “você só vai saber isso se você for auxiliar”. Há aí uma forte valorização do saber (e, neste caso, especificamente o saber formal) que elas precisam ter para estarem ali, afinal não é qualquer pessoa que pode estar ali, fazendo o seu trabalho e, parece que isso precisa ficar claro para nós, interlocutoras externas de sua fala sobre o trabalho.

Joana chama a atenção para a necessidade e a importância do ingrediente 1 da competência, na medida em que parece se assustar com a idéia de que este poderia ser visto como não necessário para a prática delas⁴⁸. É claro que, em se tratando de “auxiliares”, este ingrediente não é visto socialmente como fundamental a esta categoria profissional e a própria sociedade legitima o exercício da profissão a partir de uma formação escolar e profissional básica (nível fundamental e médio e curso específico de auxiliar de enfermagem). No entanto, através de uma breve consulta à história recente da enfermagem, podemos entender que sua fala faz parte de uma busca desta profissão em se fazer reconhecida pelo seu caráter técnico, pela profissionalização do cuidar, tentando se distanciar do modelo vocacional (maternal-religioso) da enfermagem (Maranhão, 2004).

Em seguida, Joana se cala e as colegas começam a conversar sobre quem escolheu e quem não escolheu ir para a Unidade Neonatal, ressaltando - mesmo que implicitamente - que para trabalhar neste setor deve-se ter determinadas qualidades/ competências que *elas possuem*, mas que não são quaisquer pessoas que as têm. Desse modo, elas parecem valorizar seu coletivo e dimensionar a complexidade de sua atividade de trabalho.

“Tracema: até porque, realmente a pessoa não tem, não é nem perfil, porque eu sou uma pessoa muito determinada, entendeu? Eu sempre encarei os desafios que me surgem pela frente, então, nem todo mundo tem essa coisa de encarar...

Tereza: tem aquele medo e continua com aquele medo, e não... entendeu? Não adianta que não...”

Estas falas trazem o caráter desafiante (que envolve “medo”) que o trabalho em UTI neonatal apresenta e que já havia sido bastante comentado, especialmente por Tereza, durante o pré-encontro. Pelo que pudemos observar e ouvir das trabalhadoras, sabemos que este desafio encontra-se não apenas entre os conhecimentos técnicos necessários à realização de procedimentos complexos e do manejo de tecnologias modernas, mas também no aspecto relacional da atividade das auxiliares proporcionado pelo constante contato com o sofrimento (dos bebês, das famílias e dos próprios profissionais) e a morte,

presentes em todo trabalho em saúde, e ainda mais intensificados em setores de tratamento intensivo.

As auxiliares colocam-se numa posição de coragem para encarar os desafios de sua atividade, quase que negando as suas próprias fragilidades e afirmando-se numa postura (defensiva) de virilidade. Apresentam-se como aquelas que superaram *aquele medo* (algo que todas um dia sentem, mas que tem que conseguir superar como condição de serem “bem sucedidas” na profissão?), como verdadeiras guerreiras. Tereza deixa em “...” o que poderíamos nos arriscar a interpretar como algo próximo ao “encarar” sobre o qual falara Iracema.

Assim, a questão sobre o que colaboraria ou não para se tornar realmente uma auxiliar de enfermagem - tornando-se membro deste coletivo -, não seria o fato de ter ou não “perfil”, mas sim o de “encarar” o medo “pela frente”. Ou seja, enquanto a expressão “perfil” sugere um olhar indireto sobre a atividade, pelo lado, “de perfil”, esta se distingue e se desvaloriza em relação à força presente no significado de “encarar” e “pela frente” os desafios que surgem no trabalho das auxiliares.

Em seguida a estas colocações, Joana chama a atenção de que não é apenas o tempo de trabalho que garante o “agir em competência”, nem mesmo se este está articulado ao domínio dos conhecimentos formais (ingrediente 1) que embasam a prática com os bebês na UTI. Para falar disso, ela se remete a uma colega que não estava ali presente, mas que é membro do seu grupo de plantão.

“a Madalena trabalha ali há quanto tempo? já tem bastante tempo que a Madalena trabalha, né? Há pouco tempo, a Madalena falou uma frase que eu até fiquei... que ela falou ‘gente, eu não posso ver aquelas crianças do jeito que eu vejo ficar muito tempo dentro da... - porque a gente tem UTI e a UI que são as mais graves - ver aquelas crianças daquele jeito, porque eu somatizo, eu somatizo tudo. Então o quê que acontece...- e ela sabe fazer inúmeras coisas ali dentro -, sabe trabalhar? Sabe. Mas e por quê que ela somatiza ainda durante o tempo todo que ela trabalha, ela ainda não consegue passar por cima ainda de ver uma criança mal formada? De ver uma criança em sofrimento? Por quê?!” (Joana)

Joana parece corroborar com a idéia de que é necessário, como parte do próprio ofício da enfermagem (e talvez dos profissionais de saúde de modo geral), ultrapassar uma barreira de sensibilidade para lidar com as situações de fragilidade que fazem parte de seu trabalho diário. Assim, mesmo já tendo “bastante tempo” que trabalha ali e sabendo “fazer inúmeras coisas ali dentro”, sua colega⁴⁹ “fracassou” em matéria de proteção de sua própria

saúde e de pertencimento a um coletivo, porque “ainda” (dito duas vezes) não consegue lidar (ter desenvoltura? Encarar?) com determinadas situações.

Acreditamos que a dificuldade de Madalena remete a uma fragilização do agir em competência, em relação ao seu quarto ingrediente, ou seja, um enfraquecimento das suas possibilidades de recentramento do meio. Assim, nos parece que seu meio de trabalho não está sendo favorável às suas renormatizações e à expressão de seus valores próprios, de maneira compatível com a sua saúde. Schwartz (2007d) afirma que este ingrediente é determinante para que os demais ingredientes do “agir em competência” sejam ou não utilizados de maneira que possa se compatibilizar eficiência e saúde. No caso de Madalena parece-nos que esta compatibilização está bastante dificultada, fazendo com que o tempo de experiência e o conhecimento técnico que possui não consigam ser utilizados da melhor maneira.

Por outro lado, a fala de Joana nos faz pensar que a utilização de Madalena como exemplo de fragilidade pode estar servindo para falar, de forma indireta, sobre a sua própria fragilidade. Lembrando de sua participação no pré-encontro, quando ela falava sobre a “desestruturação” da sua saúde provocada por ficar, sem condições de trabalho, “o tempo todo ali em cima daquela criança”, podemos entender que as dificuldades colocadas na relação com o meio de trabalho também a atingem⁵⁰, apesar de uma certa postura defensiva viril. Assim, a sua dificuldade e o seu “cansaço” em ficar “em cima daquela criança” parecem estar relacionados ao “passar por cima (...) de ver uma criança mal formada, de ver uma criança em sofrimento”.

Neste sentido, Noriega *et al.* (2004) estudaram - a partir de uma metodologia epidemiológica - a relação entre a “saúde mental” e o trabalho de mulheres no setor de Serviços de Saúde na realidade mexicana. Os pesquisadores identificaram que muitas trabalhadoras de saúde consideram a sua atividade como um desafio que lhes gera satisfação. No entanto, quando a trabalhadora enfrenta e percebe condições desfavoráveis para o enfrentamento de tais desafios e a realização de sua atividade, isto pode trazer conseqüências negativas à sua saúde psíquica. Eles afirmam que a maneira como está organizado o trabalho entre estas trabalhadoras geralmente lhes acarreta, além de uma sobrecarga quantitativa de trabalho, uma excessiva responsabilidade, dado que o seu trabalho se centra precisamente em assegurar a vida de seres humanos. Outro fator potencialmente nocivo à saúde destas trabalhadoras seria a “ambigüidade nas atividades”, ou seja, a falta de clareza suficiente sobre a definição de suas tarefas, o que teria a ver, por exemplo, com a insatisfação demonstrada, especialmente por Madalena sobre as funções dos auxiliares de enfermagem.

3.2.2- Do possuir “desenvoltura” e “determinação para encarar” a ser “frias”, “máquinas de fazer”.

Até então, a discussão andava em torno de determinadas qualidades que estas trabalhadoras têm/ conquistaram e das quais parecem se orgulhar, justamente porque são as que ajudam a definir seu ofício. Estas características, que estamos chamando de qualidades, foram muito pouco verbalizadas diretamente durante este encontro, tendo sido, na verdade, mais indicadas por silêncios, como se pode notar nas seguintes falas: “Então o quê que acontece...”; ”não ter... sabe, desenvoltura”; “a pessoa não tem..., não é nem perfil”; “e não... entendeu? Não adianta que não...”; “essa coisa...”; “Não que a gente também seja muito assim...”

Interessante notar que a auxiliar mais nova neste tipo de trabalho, Luiza⁵¹, foi a que se expressou menos em todo o encontro, praticamente não intervindo na discussão sobre as características ligadas à “desenvoltura” necessária no trabalho delas. Seria este um sinal de respeito por um tipo de saber que ainda está em fase inicial de aprendizado? Lembremos que Schwartz (1998) afirma que o segundo ingrediente da competência envolve um certo tempo (“tempo ergológico”) para ser incorporado pelos trabalhadores.

Ao longo do exercício de “falar sobre o trabalho, trabalhar a fala” (Faïta, 2005), as auxiliares começam a observar o lado “sombrio” do fato de terem adquirido uma certa experiência e “desenvoltura”, que está ligado ao “costume”/ criação de defesas com as situações de sofrimento dos seus clientes/ usuários.

“(...) tem gente que pô, não consegue, gente... trabalhar com tipo de criança que ta assim, porque tem filho, entendeu? Eu quando comecei a trabalhar naquela clínica (...), a criança, primeira criança que morreu comigo foi à noite, - eu trabalhava à noite -, eu ainda não tinha filho, mas eu pensei muito se um dia eu tivesse um filho, entendeu? Eu não tinha... hoje em dia, é claro, eu continuo sentindo a mesma coisa, mas... passou, acabou dali passou, entendeu? Eu fico pensando, fico preocupada, a gente fica doida pra chegar pra ver se a criança ta viva ainda, mas não como antigamente que..., entendeu”(Tereza)

Tereza utiliza muito a expressão “entendeu?”, enunciando-a quatro vezes como uma forma de resumir as explicações sobre o que é difícil de expressar através da linguagem, aqueles elementos do trabalho ligados ao segundo ingrediente da competência. Neste caso, ela fala de uma experiência que ela já viveu e da forma como ela lida atualmente com as dificuldades relacionais presentes em seu trabalho. Na verdade, Tereza, que começa se referindo aos outros (“tem gente que pô, não consegue”) acaba tendo como efeito um

retorno sobre si mesma, uma reflexão que se desenvolve em suas colocações seguintes. Quando diz: “hoje em dia, é claro, eu continuo sentindo a mesma coisa, mas... passou, acabou dali passou, entendeu?” parece entregar o caráter permanentemente relacional (do qual a afetividade é um dos elementos) e de debate cotidiano de normas e valores no seu trabalho.

Ela utiliza, ainda, o “eu” para contar a sua experiência inicial com a morte das crianças e, aos poucos, passa ao “a gente” para falar sobre o seu modo atual de lidar com as situações, que é fruto de uma construção que também é coletiva. Assim, Tereza parece se remeter a um aprendizado - nem sempre com resultados apenas positivos -, que envolve a própria experiência do coletivo de trabalho em incorporar os vividos (individuais e coletivos) das trabalhadoras a um patrimônio de saberes, valores e normas sobre os modos de lidar com os pacientes e com as conseqüências desta relação para a saúde delas próprias.

Perguntamos às participantes se saber lidar com essas questões difíceis no trabalho delas tem a ver com aprendizado e elas dizem que sim. Joana fala sobre como isso acontece, ressaltando a transmissão feita pelos colegas mais experientes:

“você começa a perceber, né, a tranquilidade do colega diante de determinada situação... e você também vai... (...) e se aquele profissional que você admira, você vê que ele consegue passar por cima de determinadas situações, você fala assim ‘pôxa se ele ta aqui, tudo bem ele ta há muito tempo, mas se ele ta conseguindo por que eu não vou conseguir também?’ Entendeu? Então estimula você a estar buscando essa coisa...” (Joana).

Joana parece se referir a uma certa transmissão da “tranqüilidade”, um certo “passar por cima”, quando diz “essa coisa...”. Sua fala estaria se referindo a uma *profissionalidade*, algo que não é transmissível de maneira formal, mas através de mecanismos, no mínimo, enigmáticos, dentro de um tempo também não formalizável e de uma forma pouco passível de sistematização e de explicação para quem está de fora (como as pesquisadoras). Para falar deste aspecto difícil de verbalizar, Joana também utiliza a expressão “entendeu?”

Outro aspecto de sua fala que nos chama a atenção - e que, na verdade, também já havia aparecido entre outras colocações suas e de suas colegas em diversos encontros - é a utilização do gênero masculino para se referir ao coletivo de auxiliares do seu setor de trabalho ou da sua categoria profissional de forma mais geral. Questionamos-nos se isto pode ter a ver com a virilidade expressa por elas ao falar da importância de se “encarar” o medo e de “passar por cima” de determinadas experiências difíceis de lidar, como, por

exemplo, o preparo do “pacote da criança” expressão (dita em seguida por Tereza) que parece ligada a uma certa racionalização/ objetivação da morte.

Em seguida, Tereza volta a falar sobre pessoas que não conseguem lidar com determinadas situações, mas neste momento começa a dar nomes mais claros para estes fenômenos (“a morte”; “o corpo”; “o pacote da criança”), mesmo que ainda de modo inicial e com a voz bastante embargada. Um diálogo com Joana se desenvolve a partir daí e elas procuram explicar o que a experiência possibilita em relação à defesa contra o sofrimento e justificar o porquê de elas se contraporem à pessoa (colega) que “sente alguma coisa”.

“Tereza: assim, tem pessoas que a gente vê pelo olhar, né, que sente alguma coisa, não consegue lidar com a morte ou então pede pra... pra gente fazer o... corpo né,... o pacote da criança (voz embargada). Porque, a gente vê nelas que não dá, a gente ajuda, tranquilo. Não que a gente também seja muito assim... (mudança para um tom de voz mais leve, sem dificuldade)

Joana: fria, né?!

Tereza: fria

Joana: a ponto de não tá... sentindo nada, mas...

Tereza: ... a gente já tá acostumada.

Joana: é que mexe muito mais com a sensibilidade daquela outra pessoa, né.

Tereza: o ruim é isso, sabia? que a gente fica muito assim... máquina.

Joana: tem momentos também, né...

Tereza: A gente vira uma máquina, assim, de fazer”

Ao falar que ajuda as pessoas que não dão conta de lidar com o sofrimento da morte e ainda o faz de modo “tranquilo”, Tereza novamente expressa algo que ela própria logo censura, talvez por julgar como algo negativo de ser exposto dessa forma (de modo que pudesse ser mal interpretado pelas interlocutoras externas?), dizendo em seguida: “Não que a gente também seja muito assim...”. Sobre esta fala, vale ainda destacar o uso da expressão “a gente”, através do qual Tereza fala do seu coletivo, de uma característica de um gênero profissional ali criado, ou ainda como uma “consciência subjetiva de pertencer a uma comunidade” (Faíta, 2005).

As auxiliares justificam o que entendem como “frieza” pelo fato de já estarem “acostumadas” àquelas situações e por terem maior competência em relação a elas, por conseguirem gerir melhor sua sensibilidade, mas, parece que justamente o fato de buscar justificativas para isso, faz vir à tona uma percepção mais crítica e distanciada desta questão. Notamos isso na fala de Tereza que, através do diálogo com Joana formulou - aos poucos - a bombástica frase: “A gente vira uma máquina, assim, de fazer”.

É interessante notar, ainda neste diálogo, alguns pontos:

- Tereza utiliza a expressão “a gente”, enfatizando que esta é uma característica não apenas sua, mas também de suas colegas, e mesmo de seu ofício, não deixando unicamente para si o peso de se dar conta da “frieza”, do seu caráter “máquina”. Entendemos que estes aspectos percebidos e expressados por Tereza possuem valores contraditórios para as próprias trabalhadoras (relativamente positivo na medida em que é marca de coragem e eficiência, mas relativamente negativo ao ser expresso de maneira clara e pública), o que o dispositivo dos “encontros sobre o trabalho” parece contribuir para evidenciar, na medida em que se faz necessária uma (re)formulação do que se vivencia no trabalho para a compreensão de interlocutores externos;

- Antes de dizer “a gente vira” uma “máquina de fazer”, a auxiliar diz “a gente fica muito assim... máquina”. Parece demonstrar, com isso, a existência de um processo de transformação em “máquina de fazer”. Assim, Tereza ressalta o fato de que, ser “máquina de fazer” não é uma qualidade inata e independente das experiências de vida e de uma história coletiva no meio de trabalho. Fala-se então de algo construído, de um processo que envolve o aprendizado (nem sempre consciente) dos elementos de um patrimônio coletivo, transmissão de experiências e saberes e a própria construção de estratégias defensivas individuais e coletivas.

- Outro aspecto a ser destacado é a diferenciação lingüística que as trabalhadoras estabeleceram entre “pessoas”/ “outra pessoa” - para se referir a quem não consegue lidar com a morte -, e “a gente”, para falar de quem consegue lidar com a morte e “olhar”/ “ver” o sofrimento da “pessoa”, conseguindo ajudá-la. Neste sentido, as expressões ser “fria” e (quase) “não estar sentindo nada” parecem aproximá-las, literalmente, da própria idéia de morte.

A inicial negação dos sentimentos (mesmo que um pouco contraditória e “suspeita”) e, por fim, essa sensação de ser “máquina de fazer”, podem ser identificadas com os “mecanismos de defesa” listados por Menziers (1970) em estudo sobre as características do ofício da enfermagem. Tais características apontadas pelas auxiliares corresponderiam, respectivamente, ao “distanciamento e a negação de sentimentos” e ao “ritual do desempenho de tarefas”.

Em seguida, Iracema cita algo que relaciona com esse “tornar-se fria” do trecho citado acima. Com isso, ela e suas colegas falam sobre as diferentes formas de reação frente ao sofrimento dos bebês, entre elas e as mães deles. O diálogo, a seguir, parece justamente tratar da necessidade de racionalização do sofrimento vivida pelas auxiliares no seu trabalho e de como esta forma de se defender se confronta com a demonstração de

sofrimento das mães. As auxiliares falam ainda sobre como se sentiriam se elas fossem as mães dos bebês, demonstrando que as suas reações são completamente compreensíveis⁵².

“Iracema: *oh, que ver uma coisa que eu fico meio chocada, quando você tem uma criança muito grave né, sabe o que é você torcer pra criança...(faz gesto corporal significando a morte da criança).*

Luiza: *...parar de sofrer*

Iracema: *porque é muito sofrimento, não tem, não tem mais jeito, os médicos não têm mais o que fazer.*

?: *Igual àquela criança que a gente ta lá fora...*

Iracema: *Acaba virando uma torcida, entendeu. Todo mundo ‘e aí? Já foi?’ não é? Porque você vê que não tem solução, ele ta ali sofrendo, sofrendo, sofrendo, não tem jeito.*

Tereza (dirigindo-se às pesquisadoras): *a gente sabe do sofrimento da criança por quê? Porque vem um fura aqui, vem outro **cutuca** a veia...*

(...)

Tereza: *pra quê?*

Iracema: *o bichinho tava todo demaciado o rim já paralisado né? Todo mundo chegava lá e conversava com ele: ‘meu filho...’ (rs)*

Luiza: *Ainda mexia a boquinha...*

Tereza: *é...*

Iracema: *mas, assim, uma situação muito triste, (...) a gente acaba ficando muito frio, entendeu? A mãe, porque mãe pode ta ali, só ta o caco [do bebê] né, só o farrapo, né, mas ela quer o filho dela...*

Tereza: *Eu também faria a mesma coisa... eu ia morrer... se eu tivesse (...)*

Luiza: ***Deus me livre!** Eu queria que fizessem tudo! Até o último momento, né.*

Joana: *a criança chocada e a mãe do lado, **com a mão na criança**, rezando a bíblia ali perto da criança ‘ai...’, e com uma cara assim como se o filho estivesse...*

(...)

Iracema: *é a negação, né.”*

Apesar de compreenderem a situação das mães, parece ser necessário um certo estranhamento a esta para o prosseguimento do trabalho. Em diversos momentos, tanto neste como em outros Encontros, as auxiliares mostraram estranhar o sofrimento das mães dos bebês (seguido de não compreensão/ aceitação da situação crítica do filho), mesmo tendo em outros momentos tentado se colocar no lugar delas. O fato é que são lugares muito diferentes, mas que estão em constante (mal) contato: o auxiliar - que “sabe do sofrimento da criança” -, em decorrência de “ficar muito frio”, “vê que não tem solução”, “torce” para que a criança “pare de sofrer” e se vá (“Já foi?”), já a mãe “quer o filho dela” de qualquer jeito (“pode ta ali, só ta o caco, só o farrapo”), “reza” pela sobrevivência do filho e “nega” a possibilidade de perdê-lo.

Parece-nos, assim, que o sofrimento dos familiares evidenciaria o sofrimento das auxiliares que teriam, então, suas defesas diretamente confrontadas. Acreditamos que este

seria um caminho possível para se compreender as dificuldades na relação das auxiliares com as mães dos bebês e seu estranhamento em relação ao sofrimento delas.

3.2.3- “Tem que gostar”: a importância de um meio de trabalho em consonância com os valores das trabalhadoras, ou o caráter fundamental do ingrediente 4 para o “agir em competência”.

Ao perguntarmos às auxiliares o que é necessário uma pessoa ter para realizar o trabalho delas da melhor forma possível, Tereza afirma categoricamente:

*“tem que gostar..., eu acho. Não adianta você ter **tudo na sua mão** e você não querer, não estar bem, não querer fazer nada, **não querer trabalhar**, ‘eu não quero trabalhar com aquela criança!’, nada vai sair” (Tereza).*

Tereza parece apontar para a importância de os valores e desejos das pessoas no trabalho poderem ser expressos e terem a possibilidade de recentramento do meio em que se trabalha, ou seja, fazer com que aquele trabalho torne-se delas, tenha a ver com elas. Através da fala de Tereza, o “tem que gostar” é desmembrado em ter que “querer”, “estar bem” e, ainda, querer trabalhar com “aquela criança”, ou seja, a auxiliar parece afirmar que não é pouco gostar de fazer o que elas fazem e, para isso não é suficiente ter as condições para a realização do trabalho (“ter tudo na sua mão”). Assim, segundo Tereza, sem esses requisitos, não há forma de permanecer realizando esta atividade, sem que isto gere graves conseqüências para a saúde.

3.2.4- A relação com os familiares dos bebês como parte de seu trabalho (parte do “fazer sempre o melhor”): uma contradição com os conflitos e a intensidade das demandas que chegam às auxiliares.

O trabalho feito pelas auxiliares com as mães dos bebês não faz parte da prescrição (formalizada nas “rotinas” escritas) das auxiliares, mas apenas da das enfermeiras. No entanto, este trabalho é feito, demandando-lhes tempo, investimento afetivo, desgaste emocional e revelando que o cliente do serviço prestado por elas ultrapassa largamente o bebê, envolvendo, no mínimo, o par *mãe-bebê*. De acordo com o que observamos e o que escutamos das auxiliares, esse trabalho não é reconhecido, nem tem as devidas condições para ser realizado. Muito provavelmente estes são os principais motivos de este trabalho com as mães ser muitas vezes feito a contragosto, como foi expresso muitas vezes por elas.

Logo depois que Tereza fala da importância de gostar do trabalho como auxiliar, Iracema traz para a conversa a questão da mãe ser vista como cliente. Ela usa diversas vezes o “eu”, talvez para diferenciar sua fala da de Tereza, relativizando e trazendo outros elementos para a posição da colega sobre o “ter que querer”:

*“Iracema: eu acho que, pra mim, além de querer, você precisa – eu, pelo menos -, eu sempre me coloco no lugar do paciente, entendeu? Apesar de que eles são bebezinhos, né - a gente não ta lidando com... com adulto – mas você saber se colocar no lugar da mãe, da família, como que você gostaria que o seu paciente fosse tratado..., então, você, pensando assim, você vai procurar sempre **fazer o melhor**, entendeu? (Joana fala junto com Iracema esta frase)(...) eu sou assim, eu procuro fazer, dar o melhor, fazer o melhor, botar..., sei lá, dar o conforto, né... ‘assim,(...) ta bom assim?’*

Tereza: dar atenção pra família

Iracema (ao mesmo tempo que Tereza): porque, vamos pensar no dia de amanhã, né...

Tereza: dá aten... tem que dar atenção pra família!

Letícia: é fácil dar atenção pra família?

Tereza: não, tem umas que são um porre de chatas (risos), mas..., eu aturo, numa boa! Só se me xingar, me..., entendeu? Aí também...”

Iracema expressa a relação de serviço estabelecida com os bebês e suas famílias, como algo a ser acrescentado ao “querer”, dito por Tereza ao falar do que é necessário para se realizar o trabalho delas. O serviço - no sentido da *lógica de serviço* – prestado por elas, o qual envolve uma atenção às expectativas e demandas dos seus clientes, se coloca através da fala de Iracema pelas expressões: “fazer o melhor”, “dar o melhor”, “dar o conforto” e “ta bom assim?”

Tereza novamente apresenta uma fala contraditória. Ao mesmo tempo em que chama a atenção de que se tem que dar atenção à família (quase que gritando uma regra) ela diz que “tem umas que são um porre de chatas”, mas que ela atura “numa boa!”. Parece dizer que, já que não tem jeito, que as mães são parte integrante de seu trabalho, é melhor tentar levar “numa boa”.

Vão, aos poucos, do “colocar-se no lugar da família”, passando pela importância de se “dar atenção à família”, até os conflitos vividos em relação a ela. Falam dos familiares como aqueles que lhes fazem cobranças e que as vêem como “funcionários públicos preguiçosos”.

Iracema conta, a seguir, uma situação em que se sentiu agredida por familiares:

“então, é assim, uma agressividade desnecessária, entendeu? Aí você tem que falar assim ‘ah, não, vamo entender porque ta na..., nessa situação’, né.” (Iracema)

A auxiliar chama a atenção para um aspecto que faz parte das normas antecedentes de seu trabalho, quando diz “você tem que falar...”, este “tem que”, emerge como uma cobrança, ou mesmo uma prescrição implícita de como se deve agir/ sentir em relação a quem se cuida. Isto traz à memória as próprias características históricas preponderantes do ofício de enfermagem, ligadas ao caráter vocacional religioso da profissão, com a idéia de “amar ao próximo como a si mesmo”.

No entanto, na medida em que entendemos que um “amor incondicional” nem sempre é possível ou mesmo desejado pelos seres humanos que, enquanto humanos têm sentimentos contraditórios, vemos que se torna uma norma moral construída historicamente e que merece ser repensada. Neste sentido, segundo Menziers (1970), as experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho de enfermagem envolvem “sentimentos muito fortes e contraditórios: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra pacientes que fazem emergir esse sentimentos fortes...”.

Ao falarem sobre os familiares dos bebês, as auxiliares os colocam em uma posição importante na “dinâmica do reconhecimento” (Dejours, 2004) de seu trabalho, ligada à construção de sentido e prazer destas trabalhadoras. Elas dizem não ser reconhecidas pelos familiares como importantes para a boa recuperação dos bebês, dizendo que este reconhecimento é na maioria das vezes, voltado aos médicos.

“Joana: ...mas isso não significa que funcionário público é aquele que não presta, é aquele que não faz nada, muito pelo contrário!

Tereza: mas, infelizmente, as pessoas acham isso.

Iracema: por melhor que você faça..., assim..., dentro de um universo aí, né... bem amplo, é difícil você achar alguém que chega para o auxiliar e faça um elogio.

Joana: com certeza...

Iracema: se ele tiver que fazer um elogio, vai fazer pro médico”

Tereza: se manda bilhete agradecendo..., primeiro é o médico, é o médico que é agradecido, entendeu?

Iracema: ele não pensa que o auxiliar é que ta o tempo todo ali prestando os cuidados pro filho dele. O médico pode muito bem escrever e ninguém fazer nada!

Letícia: e como é que é isso pra saúde de vocês? Essa coisa de não sentir que o trabalho é valorizado, de ter que lidar com esse tipo de agressividade?

*Tereza: a gente fica **chateado, muito!***

Iracema: eu acho que emocionalmente você fica mal, entendeu?

(...)

Iracema: Ah, você fica chateado! Você procura fazer o melhor, dar o melhor, entendeu? E ouve esse tipo de coisa?”

Iracema já havia trazido, tanto durante conversa em uma visita, como no pré-encontro, a questão da não “valorização profissional” do trabalho delas, pela hierarquia. Retoma aqui este seu incômodo ao chamar a atenção da falta de elogios, também por parte dos pais dos bebês.

As auxiliares falam de um investimento mobilizado ao buscarem exercer o valor construído coletivamente por este grupo, que envolve “fazer o melhor”. Elas falam, na verdade, que não apenas “fazem” o melhor, mas “dão” o melhor de si, o que demonstra a forte dimensão de uso de si neste trabalho, contraposta a uma simples idéia de execução, de “fazer” um trabalho.

Nesta conversa também podemos perceber que elas sabem do valor que têm como principais operadoras da engrenagem que envolve os cuidados e o tratamento dos pacientes, mas que, apesar disso, não recebem os bônus deste processo. No limite, poderíamos mesmo dizer que é a *prescrição* de seu trabalho (feita pelos médicos) que é reconhecida, enquanto que a dimensão *real* do seu *trabalho* fica escamoteada e é lembrada por Iracema no trecho “O médico pode muito bem escrever e ninguém fazer nada!”

Em seguida, Joana dá exemplo de como a dimensão relacional no trabalho com as mães dos bebês influencia a qualidade do serviço oferecido por elas.

*“e a gente fica assim..., a pessoa assim..., por exemplo, num caso desse como o da Iracema, **eu, com o meu instinto de pessoa que eu sou, eu vou sempre fazer o melhor na criança, porque o meu trabalho é aquele, mas eu não vou ser mais uma pessoa tão aberta, tão receptiva, sabe? Eu vou cuidar, eu vou fazer..., mas eu não vou ter uma..., não vou querer uma conjugação com aquela mãe, uma coisa tão afetiva naquela mãe, entendeu? Até porque eu também não..., eu já priorizei isso, você não pode ter uma..., aqui você tem que cuidar do filho, você tem que dar as informações necessárias, mas você não pode estar..., entendeu? Porque muitas confundem..., acaba... mudando a situação da coisa...” (Joana)***

Nesta fala de Joana, notamos novamente inúmeros silêncios e palavras *quase* pronunciadas tentando expressar elementos relativos ao ingrediente 2 da competência, do registro do real da atividade, do que é muito complexo e que envolve dimensões não verbalizáveis, codificáveis, ao menos completamente. Quanto a esta questão, Faïta (2005) cita Frédéric François (1980) que diz que o fato de “as codificações lingüísticas remeterem a *savoir-faire* (saber agir ou saber se conduzir), a modos de ser corporais que não se reduzem ao que deles se possa dizer” complica a relação entre codificação e experiência, tal como no caso desta colocação de Joana.

Neste momento, Joana parece chamar a atenção da dificuldade em se relacionar com mães que não agem como co-produtoras da relação de serviço, ou seja, que agem de forma a fazer cobranças (algumas vezes de forma muito agressiva) sobre a atuação das auxiliares, independente de sua participação de forma “conjugada” (“não vou querer uma conjugação com aquela mãe”), ou seja, de forma a *agir junto* no trabalho com os bebês. Por outro lado, enquanto “ter uma conjugação com a mãe” estaria apontando para uma relação de co-produção, ao dizer que não vai ter “uma coisa **tão** afetiva naquela mãe”, Joana parece estar apontando para o fato de que a mãe, vista como cliente, também é passível de receber cuidados, assim como ela própria já expressou ao falar “vou sempre fazer o melhor na criança” na realização do seu cuidado o que, sem dúvida, envolve uma forte dimensão “afetiva”.

Procurando explorar melhor o sentido da fala - tão cheia de silêncios - dita por Joana, lhe perguntamos: “você ‘não pode estar...’ o quê?”. Para o que ela responde com uma expressão criada, demonstrando a dificuldade de codificação lingüística deste problema:

“você não pode ta muito assim: kikiki, ta dando muita confiança, ou seja, ta..., conversar outras coisas que não sejam do trabalho, que não sejam propriamente do filho dela. ‘É sobre a criança? Ela quer saber alguma coisa? Se ta bem? Se ta mamando? Você orientar, você falar, porque é uma obrigação sua, você ta cuidando da criança, a mãe tem o direito de saber disso, entendeu? Mas não você ta fazendo aquela sala..., estar ‘Oi mãe, como vai? Tudo beeeemm?’ (faz uma voz bem aguda) (Joana)”.

Identificamos, nesta complementação da fala, a defesa de um gênero profissional *das auxiliares de enfermagem* que é diferente do das “vizinhas fofoqueiras”⁵³. Desta forma, Joana parece demonstrar - mesmo que isso seja bastante difícil e envolva muitos conflitos de valores (por exemplo, entre o “fazer sempre o melhor”, que envolva “cuidar” da mãe e o fazer “apenas” o que é prescrito: fornecer informações às mães) - que ter um contato muito próximo com as mães pode dificultar a distinção dos lugares que cada uma destas mulheres ocupa naquele ambiente e em relação àqueles bebês. Neste sentido, o gênero profissional das auxiliares parece tornar-se frágil no contato com o gênero das mães (do feminino, do doméstico-familiar), ao qual, na verdade, está profundamente vinculado, seja através da história desta profissão, seja através da vida das próprias auxiliares. O próprio “fazer sala” parece justamente remeter ao gênero de casa, de família, algo fora do âmbito profissional, do que pode dar reconhecimento técnico-profissional-viril às auxiliares.

Outro ponto a ser destacado é que o “dar muita confiança” parece expressar o fato de que confiança é algo muito importante para a realização de um trabalho coletivo que envolve a cooperação e que, no entanto, não é construída de maneira simples, não podendo

ser “dada” a qualquer pessoa. Ter confiança em alguém no trabalho supõe o compartilhamento de regras e saberes profissionais que devem ser respeitados pelo coletivo para o bom desenvolvimento da atividade (do ponto de vista dos valores deste coletivo).

Apesar de ter acabado de dizer que as auxiliares têm como obrigação *apenas* fornecer informações a elas sobre seus filhos, Joana – talvez de maneira não consciente – narra, em seguida, uma cena na qual se relaciona com uma mãe de uma forma que não se parece nem com o “kikiki”, nem com o puro fornecimento de informações, mas sim com o estabelecimento de uma relação de serviço, no sentido de uma *comunicação compreensiva* (Zarifian, 2001a) sobre a necessidade da mãe:

*“...‘ah, então, vamos fazer uma coisa, você não quer tirar o neném do Canguru?’ Fui lá botei numa cadeira dessa aqui (como as que estão sentadas, cadeiras macias e reclináveis), **lá no cantinho, lá atrás**, pedi às meninas..., falei ‘olha, vou baixar a luz...’. Aí, recostei a cadeira, falei com ela ‘senta..., (...) falei: ‘senta..., deita, relaxa, deixa o neném ficar aí, - ele ta quentinho, você também...-, relaxa, encosta a cabeça na cama, dorme, tira um soninho, tira um soninho com ele aí... Às vezes é o estresse também de ta pensando a comida que vai dar pro outro filho que ta em casa, a casa que tem pra arrumar..., e ter que ficar com o bebê aqui quatro horas presa aqui dentro... ‘Esquece tudo isso, joga isso tudo lá pra fora, deixa lá..., quando você chegar, todo mundo já vai estar de barriga cheia, ninguém vai estar com fome... alguma coisa vai ser resolvida. E relaxa que talvez essa sua dor de cabeça possa ser estresse...’ Ta lá a mãe tranqüilinha lá, numa boa, ta me entendendo? Então, é um momento de atenção que a gente dá por uma necessidade, não é uma coisa de ficar fazendo sala pra ela, conversando bobeira, entendeu? Coisas que não são necessárias, uma mão..., uma ajuda que foi..., naquele momento, foi propícia. (Joana)*

Através desta fala, percebemos que, ao atuar junto à cliente de forma compreensiva, considerando as diversas variáveis que geraram a sua demanda, Joana chama a mãe para realizar um trabalho junto com ela, que seja uma “mão” (*de obra*) junto com ela. Neste sentido, ao pedir à mãe que relaxe, que procure se concentrar no cuidado do filho que está no hospital, não se preocupando tanto com a sua casa, etc., ela chama a mãe *co-operar* com o cuidado de seu bebê. Assim, a “atenção dada por uma necessidade”, envolve a necessidade não apenas de a mãe se sentir melhor, mas a necessidade de que toda uma situação mais ampla de seus clientes (mãe e bebê) obtenha uma melhora qualitativa.

3.2.5- A importância do ingrediente 1 (invisível no trabalho delas?) para a qualidade do trabalho e para a valorização de um ofício “das auxiliares”.

Em determinado momento, quando buscávamos um diálogo sobre as competências menos objetivas e verbalizáveis do trabalho no berçário, perguntamos do que elas sentem falta na formação como auxiliares quando se deparam com as situações reais do trabalho. A resposta nos surpreendeu – como ocorreu com muitas reações nos diversos encontros –, se remetendo à lacuna na formação teórica de sua categoria profissional (considerando-se aí auxiliares e técnicos de enfermagem). As auxiliares afirmam que a dimensão prática é aprendida suficientemente bem no dia-a-dia de trabalho e nos estágios (que já mostram a “realidade”). Aparece também uma demanda por cursos, chamando a atenção da importância de saberem o que estão fazendo, de não fazerem seu trabalho no “automático”.

“Tracema: (...) acho que o estágio te coloca bem ciente da situação que você vai vivenciar, entendeu? Não é não (para as colegas)? Qualquer estágio é barra pesada, bota o estagiário pra ralar...

(...)

*Tereza: eu acho que, **antes de tudo, cansar teoria, cara, tá demais!** Eu to...*

Letícia: falta teoria?

*Tereza: **falta! Muita, muita, saber muita coisa... prática tudo bem, que é no dia-a-dia, pá..., agora teoria?***

Letícia: mas acha que tinha alguma coisa que poderia adiantar essa prática?

*Tereza (sem ouvir Letícia):.... **Massacrar na teoria, cara, porque fala sério...**”*

Tereza diz que a prática é algo que se aprende mesmo na experiência do “dia-a-dia” e enfatiza a importância do ensino da teoria para as auxiliares de enfermagem, utilizando expressões como “cansar” e “massacrar” na teoria. Estas expressões parecem justamente contrapor a valorização social da *teorização* a uma certa banalização do aprendizado da *prática* (ligado ao gênero feminino, ao âmbito doméstico e naturalizado) do trabalho delas, usando verbos remetidos à virilidade (“cansar” e “massacrar”) como meio de valorizar (no sentido técnico –profissional relacionado ao gênero masculino) esta dimensão da formação.

Em seguida, Luiza fala sobre o aprendizado cotidiano da prática e surge a partir daí uma conversa entre as auxiliares, envolvendo um exemplo de algo que Luiza aprendeu naquele mesmo dia. Através desta conversa, pudemos notar como se dá a transmissão de saber/ saber-fazer entre as auxiliares mais experientes e Luiza⁵⁴, indicando-nos uma espécie de aproveitamento feito pelos mais novos da experiência dos mais experientes, além de uma postura de respeito por este saber, como se pode ver no diálogo a seguir:

Luiza: *eu to aprendendo cada dia uma coisa! (...) eu sempre aprendo, hoje eu aprendi que tinha que tapar o ouvido (do bebê), não foi?*

?: bebê com tensão pulmonar

?: tensão pulmonar

Luiza: *eu to aprendendo... ele tem tensão pulmonar, é...*

Iracema: *você não pode estressar, tem que deixar ela...*

Tereza: *ó e tinha também que colocar uma máscara de foto, por causa da luz...*

Luiza: *eu já botei a máscara*

?: tem que tentar diminuir os barulhos, os ruídos...

Através deste trecho, também podemos notar o exercício do sexto ingrediente da competência industriosa, na medida em que as auxiliares juntas parecem colocar em sinergia um conhecimento (modo de agir frente ao problema da “tensão pulmonar”) que é fruto tanto da experiência quanto dos saberes formais e que circula entre as auxiliares de modo a permitir que estas desenvolvam um trabalho de qualidade.

Percebemos, neste exemplo, o que Schwartz (1998) denomina “entidades coletivas relativamente pertinentes” (ECRP) e que se caracteriza pela formação de coletivos apenas relativamente estáveis, com contornos variáveis, voltados para a atividade. Neste caso, a atividade para a qual a ECRP formada se voltou foi o cuidado de um bebê que estava na responsabilidade de Luiza, a quem as colegas mais experientes se uniram parecendo ter como parâmetro a realização de um bom serviço, a qualidade e a beleza de um trabalho, que é sempre de alguma maneira fruto de uma construção coletiva.

Em seguida, a própria Luiza ressalta a importância do embasamento teórico e Tereza fala do quanto é positivo poder entender o que elas fazem. Ou seja, *saber fazer* um procedimento não é suficiente, elas sentem necessidade de *entender* o que estão fazendo.

“Luiza: *mas o que ela falou, a teoria também é bom, porque às vezes a gente guardava tudo o que o a gente aprendia, né*

Tereza: *é bom sair falando, a gente às vezes faz as coisas na prática e é bom a gente saber o porquê que ta fazendo..., que você faz aquilo, porque muitas vezes você faz no automático...*

(...)

Tereza: *a gente pede tanto pra fazer curso, né, como a gente pede!”*

Entendemos que esta demanda colocada pelas auxiliares tem a ver não apenas com uma necessidade de se apropriar do ingrediente 1 da competência, mas do terceiro ingrediente, na medida em que a fragilidade da carência do primeiro ingrediente acaba dificultando o desenvolvimento do terceiro, que parece ser muito importante para o tipo de trabalho que realizam. Neste sentido, a expressão “sair falando” parece remeter justamente

ao terceiro ingrediente, já que conjuga o *fazer* (“sair”) e o *teorizar* (“falando”) numa única ação.

Schwartz (1998) afirma que a apropriação dos elementos do primeiro ingrediente da competência é fundamental para um “confronto com a vida ativa” e que a sua relativa ausência reduz *a priori* o leque de ocupação de cargos e trajetórias profissionais das pessoas, bem como gera nestas um sentimento de desvalorização e de fragilidade.

Assim, percebemos, a partir de um ponto de vista ergológico, que as auxiliares de enfermagem apresentam uma competência mais desenvolvida no âmbito da dimensão histórica e da experiência corporal no trabalho (ingrediente 2), mas têm uma demanda em desenvolver competências que lhes tragam maior compreensão da atividade que realizam, bem como reconhecimento social.

“Iracema: olha, eu acho assim, que agora, isso já ta sendo superado, porque..., com essa exigência de nível técnico, né..., mas o que você..., o que se via nos cursos de auxiliares é um nível de formação.... péssimo

(...)

*Iracema: eu acho que a exigência tinha que ser mesmo **nível médio**, entendeu, não dá, eu acho que é por isso que o auxiliar é tão mal visto, sabe, tão ralé...”*

O que podemos concluir, por ora, é que este grupo de auxiliares têm um patrimônio construído de saberes práticos sobre o seu trabalho e uma base minimamente eficaz – mesmo que não tão bem estruturada - de transmissão destes saberes. Assim, a sua demanda premente se remete ao nível da *qualificação formal*, coincidentemente ou não, aquele que lhes daria maior reconhecimento social e valorização profissional (“o auxiliar é tão mal visto”) e que os deslocaria do nível “baixo” (da “ralé”) na pirâmide hierárquica hospitalar e social.

Maranhão (2004) aponta que a estruturação do campo profissional da enfermagem reflete as relações de classe e de poder presentes na sociedade como um todo. Desse modo, segundo a autora, esta “arquitetura”:

“Determina, a priori, um modelo de relação, de distribuição e execução das atividades, com valorações diferenciadas, produzindo reflexos no campo monetário, na valorização do saber, na visibilidade ou no reconhecimento social” (p. 136).

Devem-se acrescentar aí as relações sociais de sexo, que também geram valorações diferenciadas de acordo com o sexo e que estão presentes na sociedade como um todo,

entrelaçadas com as questões de classe, também trazendo conseqüências para a relação saúde/ trabalho.

*“porque falam assim: ‘ah, o curso tal assim é ruim, o curso tal assim é ruim, mas não é o curso só em si, entendeu? Às vezes você pode até ter uma deficiência no curso de não te passarem determinadas coisas que você precisa saber, mas ir em busca de aprendizagem e conhecimento..., hoje em dia muitos auxiliares estão fazendo faculdade de enfermagem⁵⁵, você acha que é só porque eles querem se formar? Querem ser enfermeiros? nem todos! A maioria quer tirar todas aquelas dúvidas que tinha, **que ninguém nunca explica, ninguém pára:** ‘vou te explicar, vem cá, senta aqui...’. Olha, há tempos que eu chego e falo assim: ‘gente, dá pra vocês me explicarem..., olha só, esse negócio do respirador como é que...’ (...). No dia que uma criança parou aqui, que não tinha uma enfermeira dentro dessa UTI aí, **foi uma loucura!** E o Dr. Antonio gritava: ‘eu preciso de um respirador!’ se não fosse a Laura (outra auxiliar deste plantão), a gente não tinha conseguido montar um respirador, porque nem todas nós...” (Joana).*

Joana traz novamente um dado surpreendente ao afirmar que a busca por esse “ingrediente 1” é tão forte pelos profissionais de enfermagem de nível médio e fundamental, que alguns resolvem fazer faculdade de enfermagem para entender melhor as ações que realizam enquanto auxiliares e técnicos, e não para se tornarem “enfermeiros”. Esta afirmação nos coloca a seguinte questão: seria uma estratégia de valorização do “gênero profissional” específico das auxiliares em oposição ao das enfermeiras?

Por outro lado, parece-nos que, assim como determinadas dimensões menos objetivas do trabalho, a necessidade de uma maior qualificação formal destas trabalhadoras também permanece no nível da invisibilidade. Acreditamos que essa invisibilidade acontece devido a uma não aproximação da atividade de trabalho, enquanto complexa e multidimensional, não admitindo em nenhuma hipótese uma idéia simplista de poder ser “dividida”/ “parcelada” entre concepção e execução. Daí a importância do terceiro ingrediente da competência ser desenvolvido e fortalecido para o exercício da dialética entre os dois primeiros ingredientes.

3.3- Encontro II: A formação de “entidades coletivas relativamente pertinentes” no trabalho das auxiliares de enfermagem na unidade neonatal

Este encontro teve por objetivo colocar em discussão as diferentes modalidades de coletivos de trabalho formados ao longo do desenvolvimento da atividade das auxiliares no dia-a-dia do berçário. Dentre estas, chamamos a atenção para as relações de trabalho formadas entre as auxiliares e: os médicos; as enfermeiras; as mães/ familiares dos bebês; os bebês; membros da hierarquia e elas próprias;

Participaram deste encontro cinco auxiliares: Luiza, Iracema, Rosa, Beatriz e Isabel. Este foi o primeiro encontro em que houve uma renovação do grupo com a chegada de duas auxiliares que ainda não haviam participado. Iracema e Luiza tornaram-se um pouco anfitriãs do grupo, pelo recebimento das novas colegas (Isabel e Beatriz). Iracema tomou a frente de quase todas as discussões. A reunião durou cerca de uma hora e quinze minutos.

Apresentamos inicialmente uma abordagem conceitual sobre a dimensão coletiva do trabalho, buscando ilustrá-la com exemplos de situações relatadas pelo grupo em encontros anteriores e/ ou observadas por nós durante as visitas. Utilizamos em seguida, frases que procuravam abarcar cada tipo de relação específica que procuramos discutir – ou cada “ECRP”, que acreditávamos existir dentro da atividade de trabalho destas profissionais.

3.3.1- A “exigência” em relação às regras do coletivo e à qualidade do serviço prestado no trabalho das auxiliares

O primeiro sub-tema proposto foi “Relação entre as próprias auxiliares”, e as frases apresentadas para discussão foram as seguintes:

“A gente sabe como fazer funcionar as coisas aqui, a gente sabe como fazer pra dar certo”.

“Ao mesmo tempo em que a gente é amiga a gente exige muito uma da outra”

“Mesmo quando tem muito trabalho a gente ri, se diverte, uma ajuda a outra”.

3.3.1.1- “Exigência”: entre as próprias auxiliares?

A segunda frase foi a primeira a ser comentada e gerou discordância entre as participantes. A questão se situou sobre a expressão “exigir”. Isabel foi a primeira a se posicionar sobre as falas e logo mostrou estranhamento “afetivo” sobre a segunda frase:

“Isabel: não gostei dessa do meio aí não.

Letícia: por quê?

Isabel: ah, eu acho que ninguém aqui exige muito uma da outra, até porque...”

Isabel foi interrompida pela fala firme de Beatriz discordando dela e afirmando a positividade presente no fato de as próprias auxiliares exigirem-se umas das outras. Para Isabel a palavra “exigir” foi “muito forte” para representar algo que se passa numa relação entre as próprias auxiliares:

“Isabel: quando você exige uma coisa, parece que vem da coisa da hierarquia, lá de cima, não umas das outras”

enquanto que, para Beatriz, “é uma exigência válida”:

“Beatriz: “eu vejo isso porque enfermagem é continuidade. Quê que adianta você se matar de fazer uma coisa certa se você vê que sua colega..., por exemplo, na precaução de contato, quando você trata uma criança, você procura fazer todo o certo, se a sua colega não faz o quê que vai adiantar o seu trabalho?”

Esta questão foi discutida de forma quase totalmente polarizada entre estas duas auxiliares, que não chegaram a um acordo. As outras colegas, principalmente Luiza, ficaram tentando apaziguar a discussão, ora dizendo que concordavam com Beatriz, ora complementando a fala de Isabel.

Entendemos que esta “exigência” a que se refere a segunda fala (extraída do registro em diário de campo de uma visita) está relacionada à importância de se respeitar os valores do coletivo de trabalho formado pelas auxiliares, os chamados, por Zarifian (2001c, p. 125), de *valores éticos profissionais*. Assim, a exigência que Beatriz defende não se refere às colegas em relação a elas próprias pessoalmente, mas sim em relação às regras deste coletivo, aos valores em relação à vida e à saúde dos pacientes, como também à própria eficácia/ produtividade do trabalho realizado por elas. Dessa forma, a exigência parece estar mais ligada a uma *profissionalidade* do que a comportamentos isolados das profissionais.

Pudemos observar que Beatriz, pelas suas diversas colocações sobre o trabalho da enfermagem (e talvez também por ser mais jovem e mais nova naquele trabalho?), parece ressaltar o aspecto mais técnico (no sentido de “técnico-científico”, visível socialmente e menos “maternal”) da profissão e fala - sem medo da reação das colegas mais experientes - que não vê nada demais no uso da expressão “exigir”, porque “enfermagem é continuidade”. Através disso, resalta justamente a importância da produtividade de seu trabalho ao chamar a atenção para o fato de que a exigência entre as colegas favorece a eficácia (o cumprimento dos objetivos) do trabalho (“você procura fazer todo o certo, se a sua colega não faz o quê que vai adiantar o seu trabalho?”). Podemos inferir que, mesmo que indiretamente, também a partir daí, Beatriz chama a atenção sobre a proteção da própria saúde, na medida em que realizar um trabalho sem “continuidade” significaria realizá-lo mais vezes do que o necessário e, assim, ficar mais cansada, por exemplo. Neste sentido, também podemos entender que esta “continuidade” envolve o estabelecimento de um coletivo de geometria variável entre os profissionais que lidam com os bebês.

É interessante notar que o posicionamento de Beatriz - de certa forma, arriscado ao discordar de uma colega mais experiente e manter-se firme em sua opinião, defendendo o uso de uma expressão que poderia ser vista como agressiva - se manteve e foi justificado por ela ao final da discussão como algo que fazia parte do “contexto do trabalho”. É aí que fica mais claro para nós a pertinência de compreender tal colocação como uma questão referente às regras do trabalho e que tem sentido apenas naquele contexto específico, que cria condições de construção e de desenvolvimento das ECRP que ali atuam:

“Isabel: (...) agora, exigir eu acho errado...”

Beatriz: “eu não vejo como nada demais não... Bem, eu to vendo dentro do contexto do trabalho, né (...)”

Parece-nos que esta discussão travada no início do encontro pode ser entendida como uma expressão do que Zarifian (2001a) chama de “competência de serviço”, definida como: “sobretudo uma transformação interna dos ofícios já existentes” (p. 89). Assim, os valores compartilhados entre as auxiliares estariam em consonância com o que Zarifian (2001b) denomina “valor de serviço”, na medida em que o sentido de sua atividade profissional é orientado pela “procura de solução dos problemas do destinatário” (p.136), no caso, os recém-nascidos atendidos por elas. E a colocação em discussão desses valores e regras pelas auxiliares é fundamental para desenvolver o seu ofício, renovando-o.

3.3.1.2- A cooperação entre as auxiliares

O valor de serviço e a construção de ECRP presentes na atividade das auxiliares também aparecem numa situação relatada por Rosa, mais adiante. Nós havíamos lhe pedido que falasse sobre a divisão do trabalho por duplas no seu plantão “oficial”⁵⁶ no turno da noite, o qual nós havíamos notado durante uma visita noturna. Ela disse que, neste plantão específico⁵⁷, as auxiliares trabalham em dupla durante o tempo anterior ao revezamento para descanso (das 19h às 23h), assim, os bebês são cuidados por elas em conjunto e não apenas são divididos entre elas. Rosa comenta que a “descoberta” das vantagens deste modo de funcionar foi das próprias auxiliares e não da chefia. Trabalhar em dupla, segundo ela, facilita o cuidado das crianças em situações em que, por exemplo, uma das colegas se atrasa ou falta, não prejudicando a assistência dos bebês e não atrasando o trabalho da equipe como um todo. Além disso, pudemos notar durante visita ao seu plantão, que as auxiliares se ajudam durante os próprios procedimentos com os bebês, se responsabilizando por eles conjuntamente e agindo coletivamente, apesar de serem formalmente responsáveis por um cuidado individual.

“Rosa: olha, um dia desses, eu descobri que isso foi muito bom pra mim, porque nós ficamos aguardando uma colega chegar, nada de chegar, eu fiquei sozinha e aí eu... eu... pesei logo todas as crianças – eram cinco crianças pra dividir pra duas, né – e eu fiz logo tudo, só faltou sinais vitais de duas crianças e a hora foi passando, foi passando e cadê a colega? Não apareceu. Então, quer dizer, aí adiantei, né, e depois foi redividido as crianças, né, redividiu pelo número de pessoas que estavam. E..., aí, quando foi dividido, a pessoa que pegou, já pegou com uma parte feita, né, foi bom, né.

(...)

Letícia: e aí se você não tivesse feito desse jeito, as crianças iam ficar esperando...

Rosa: é e a pessoa que ia pegar, ia pegar com tudo atrasado, né..., pesar...
(8”)

(...)

Luiza: e a criança também não saiu perdendo

Rosa: e a criança também, né

Iracema: principalmente

Rosa: e a criança também... E aquela preocupação de olhar a todos, né e assim, nosso plantão trabalha assim, dessa forma.”

É interessante notar que a preocupação inicial de Rosa foi a de que o trabalho do coletivo não ficasse prejudicado e não apenas o “seu”. No entanto, as colegas presentes no encontro, após certo tempo de sua fala, chamaram a atenção de que sua ação relatada foi muito importante para o destinatário do serviço, o bebê. Essa colocação das colegas para

ter incitado em Rosa explicitar uma regra que talvez seja específica de seu plantão noturno, a de “olhar a todos [os bebês]”.

Esta última característica relatada por Rosa sobre o seu plantão noturno pôde ser identificada durante as visitas realizadas neste turno. Em diversas situações, observamos auxiliares ajudando colegas, mesmo fora de seu setor designado, formando, assim, ECRP definidas pelas configurações momentâneas da atividade e embasadas pelos princípios éticos do ofício. Algumas situações observadas foram: uma auxiliar que estava no UBR ter se ausentado deste setor (onde os bebês estavam com suas mães) para ajudar a dar a dieta dos bebês da UI e depois voltar à UBR para alimentar os seus “filhos”; uma auxiliar que, em parte do seu horário de descanso permaneceu na UTI trabalhando em conjunto com a colega, com quem fazia dupla; auxiliares responsáveis pela medicação no plantão noturno⁵⁸, indo ajudar na assistência após o término deste trabalho, para o qual estavam escaladas.

Tais situações demonstram o quanto a cooperação no trabalho (e a formação de diversas ECRP) não é prescritível e é, ao mesmo tempo, um recurso utilizado pelas pessoas para dar conta das lacunas da organização do trabalho na definição e na descrição das tarefas (Dejours,1993). Assim, os agentes de um coletivo constroem "*regras de trabalho*" para fazer face ao que ainda não foi fornecido pela organização prescrita do trabalho (idem, ibidem).

Voltando à fala de Rosa, podemos entender que ela está se referindo a regras específicas de seu coletivo de trabalho (do plantão noturno), que parecem já ter sido *interiorizadas* (Cru, 1986) por ela e são, então, explicitadas para as colegas de seu plantão diurno e para as pesquisadoras. Esta explicitação parece ser o lugar da própria percepção de Rosa sobre a importância e a força das regras das quais participou da construção.

Quanto a isso, Boutet (1993) nos chama a atenção justamente sobre a importante “função da descoberta” trazida ao trabalhador ao “colocar em palavras” a sua atividade. A autora ressalta que, apesar da grande importância e interesse gerado pelo acesso ao conteúdo - memorizado e já elaborado e acessível - trazido pelo sujeito em situações de diálogo com especialistas, não é apenas esta a função da atividade de linguagem. Segundo a autora, ela permite também, “pelo fato mesmo de colocar em palavras, a construção ou elaboração de saberes e de conhecimentos novos, contemporâneos da própria enunciação da palavra e que não preexistiam”.

3.3.2- A questão da autonomia no trabalho das auxiliares

3.3.2.1- A autonomia para “dividir as crianças” entre elas

Quando ainda falávamos sobre o trabalho em duplas no plantão noturno, Rosa nos perguntou se nós havíamos notado ao longo das visitas, que há um plantão em que um enfermeiro⁵⁹ é quem define os bebês que cada auxiliar deverá cuidar.

Rosa: “Eu não sei se você chegou a observar que tem um plantão, que o próprio... chefe, né, já separa o lado daquele funcionário, você observou isso? (rs)”

As auxiliares reagiram de modo bastante negativo à situação relatada, a qual ocorre de maneira distinta no plantão delas. Pareciam mesmo querer demonstrar o quanto aquilo era absurdo, fora de cogitação, ou seja, pareciam defender uma *conquista* que não poderia ser perdida por causa do comportamento isolado de um enfermeiro.

O diálogo seguinte demonstra a reação negativa das participantes...

Luiza: ele [este enfermeiro ao qual Rosa se refere] se sente o dono do hospital

(...)

Iracema: o enfermeiro que faz a divisão das crianças?

Rosa: é, ele que faz a divisão das crianças...

Luiza: é, “não sei quem que fica aqui, não sei quem que fica ali”, já chega assim falando...

Iracema: gente!

Isabel: que horror, né

...seguida da afirmação da “autonomia” *que elas têm* sobre a divisão das crianças no plantão delas, a qual possui uma estruturação e uma auto-organização própria daquele coletivo.

Letícia: e no plantão de vocês não é assim? Vocês é que dividem? Como é que é?

Iracema: nós temos autonomia pra... (risos) chegar e assumir as crianças que tiver, conforme vai chegando...

Iracema parece chamar a atenção - de forma um pouco tímida (ao rir, neste momento) - e colocar “na roda”, que elas têm autonomia para “assumir as crianças”, no sentido de um “assumir responsabilidades” proposto por Zarifian (2001c) ao falar do trabalho na “lógica competência”:

“A responsabilidade é, sem dúvida, a contrapartida da autonomia e da descentralização das tomadas de decisão. Não se trata mais de executar ordens (de cuja pertinência não nos sentimos responsáveis), mas de assumir em pessoa a responsabilidade pela avaliação da situação, pela iniciativa que pode exigir e pelos efeitos que vão decorrer dessa situação” (p. 70)

Ao se referir à divisão das crianças, Iracema faz referência ao cuidado e à responsabilidade daquela criança *por inteiro*, negando-se a se colocar na posição de *apenas* executora de uma prescrição e de fim de linha de uma produção, mostrando-se, em vez disto, inteiramente envolvida em todo o processo de cuidado, sendo por ele competente e responsável. Neste sentido, Cru (1986) afirma que, ao defender suas regras, um coletivo de trabalho defende a sua capacidade de auto-regulação e de iniciativa, e é com esta capacidade que o coletivo consegue transcender a hierarquia.

Em seguida, as participantes falaram sobre como se dá esse processo de divisão, explicitando regras que parecem interiorizadas e compartilhadas por elas de modo unânime.

“Letícia: vocês chegam no plantão, e aí vocês vão ver... como é que é isso no plantão de vocês?”

Iracema (simula): “quantas crianças?” - “ah, tem vinte”, “nós somos quantos?” “somos seis”, então vai ficar é... – seis vezes três: dezoito, né – duas com quatro e o restante com três... aí começa: uma pega “um, dois, três”, a outra dá seqüência: “um, dois, três”.

Luiza: vai chegando, vai pegando.

Isabel: conforme vai chegando... na ordem de chegada

Letícia: vai chegando e vai escolhendo, é isso?

Isabel: por ordem de chegada.

Iracema: e a gente sempre deixa o número maior pra quem chega por último (risos).

Luiza: é... se for quatro pessoas, o quarto... fica por último.

Letícia: e geralmente já tem uma pessoa que já chega, chega mais cedo e já faz essa divisão ou cada vez é uma, não tem ninguém que...

Iracema: não, geralmente são as mesmas pessoas que chegam primeiro, entendeu...

Luiza: é Tereza..., Tereza já pega, Iracema, Lígia...”

Ao nos explicarem como se dá esse processo de divisão feito entre elas, as auxiliares colocam em palavras pistas para algumas regras do seu trabalho, tais como: a divisão é feita *pelas auxiliares e de acordo com a ordem de chegada*, visando, desta forma, beneficiar aquelas que não se atrasam e/ ou se ausentam; a divisão é feita por *bebês que estão próximos*⁶⁰ uns dos outros; geralmente *as primeiras a chegar são sempre as mesmas auxiliares*.

Esta última regra, explicitada por Iracema e exemplificada por Luiza, ajuda-nos a ressaltar que as ECRP têm como “fronteira”, as mesmas fronteiras da atividade (Schwartz, 2007c). Assim, o grupo de auxiliares que chega primeiro forma uma ECRP voltada a definir as características iniciais de trabalho daquele dia específico.

As primeiras profissionais a chegar também são as que “recebem” o plantão de suas colegas do plantão anterior e o repassam às auxiliares que chegarão. Esta etapa do trabalho delas foi explicada mais à frente neste mesmo encontro:

*“**Beatriz:** [na passagem de plantão] a gente fala mais as intercorrências né, porque aquilo que... porque ta tudo relatado, agora até elas lerem né, vai perder certo tempo, você chega, até organizar, vê quem vai ficar com quem, então quando a gente ta passando, a preocupação maior é passar logo as intercorrências pra ela já ficar ali ligada, né pra não precisar chegar correndo e sair lendo, até porque não chega todo mundo junto. (...)*

***Luiza:** chegam duas, a gente passa.*

***Beatriz:** já passa todas as crianças. Por isso que a gente passa só as intercorrências, entendeu? (...) Aqui não tem escala, normalmente, nos lugares que eu conheço, que eu já trabalhei, existe uma escala de passagem de plantão, aqui não tem, né? (...) então normalmente é assim, em dupla... (...) aqui como chega mais gente cedo, então acaba ficando até melhor porque tem mais gente pra receber, mas normalmente duas já basta, porque chegando lá as duas já assumem”.*

As falas acima apresentam outras regras desta ECRP que, neste caso, ultrapassa os limites de apenas cada plantão, sendo formado por auxiliares de plantões diferentes (o que termina e o que se inicia) no momento da troca de informações sobre o plantão.

Algumas regras que pudemos perceber, também através das observações durante as visitas foram:

- A passagem de plantão deve ser rápida, permitindo que as pessoas que estão deixando o plantão possam ir embora logo (muitas vão para outros empregos, algumas saem mais cedo para ir para a faculdade e outros trabalhos e passam o plantão para uma colega do seu próprio plantão que irá repassá-lo para as colegas do plantão seguinte) e que as pessoas que o estão recebendo não percam tempo que será necessário para realizar as suas atividades;

- Apenas as informações mais importantes devem ser transmitidas oralmente, permitindo que a regra da rapidez seja cumprida e, ao mesmo tempo, garantindo que a assistência seja realizada de forma satisfatória, na medida em que a resolução de situações mais urgentes, que muitas vezes não poderiam esperar a leitura de todos os relatos escritos de enfermagem (“a preocupação maior é passar logo as intercorrências pra ela já ficar ali ligada”), possa ser assegurada. Além disso, as auxiliares que recebem o plantão o repassam

para as suas colegas que chegam mais tarde e isso faz com que o número de informações a passar deva ser o mínimo possível (“até porque não chega todo mundo junto”);

- As auxiliares têm como parâmetro (regra) para a passagem de plantão a chegada de duas colegas (“chegam duas, a gente passa”; “normalmente duas já basta”), uma para a UI e outra para a UTI⁶¹;

Beatriz ressaltou, ainda, uma especificidade de funcionamento deste hospital em relação a outros lugares que conheceu: o fato de ali não haver necessidade de se fazer uma escala de quem deve chegar mais cedo para receber a passagem de plantão, porque já há pessoas que o fazem espontaneamente. Além disso, há mais pessoas que chegam cedo do que a quantidade que elas estipularam como necessária para a passagem de plantão. Parece-nos que esta fala aponta para a existência de um coletivo fortalecido em relação a suas regras e em relação à qualidade e à produtividade do trabalho desenvolvido.

Sobre a troca de informações e a coordenação do trabalho em enfermagem, Seifert & Messing (2004) afirmam que o trabalho em equipe (o qual entenderíamos como a formação de ECRP) é importante para aliviar um certo número de problemas ligados ao que denominam de aspectos relacionais do trabalho de enfermagem e a questão da descontinuidade presencial junto aos pacientes (devido ao tempo corrido e ao regime de plantões). Para as autoras, se o pessoal de enfermagem trabalha em equipe, a informação sobre os pacientes pode ser posta em comum. Isto permite uma economia de tempo e a antecipação de problemas. Todavia, se as enfermeiras e auxiliares de enfermagem não têm conhecimentos suficientes sobre os pacientes, a articulação e a coordenação do trabalho é mais difícil e uma parte das vantagens do trabalho em equipe se perde.

3.3.2.2- A autonomia que elas não têm e demandam em relação à escala de setor

Se, por um lado elas se orgulham por definirem a divisão das crianças, por outro, dizem entrar em forte embate com as chefias diretas (enfermeiras líderes de plantão) pela escolha da alocação dentre os setores do berçário (UTI, UI, UBR, Canguru, medicação, hidratação venosa e material). Esta questão apareceu em diversos encontros e durante as conversas nas visitas e apresenta-se polêmica entre as próprias auxiliares. No entanto, a controvérsia, entre elas, foi aparecendo de forma muito sutil, só sendo percebida ao longo do processo de análise das gravações, ao longo do qual houve o distanciamento necessário da situação para podermos compreendê-la e mesmo “ouvi-la” com mais cuidado.

As participantes afirmaram que há uma escala mensal definida pelas enfermeiras com a alocação de cada uma delas nos setores. No entanto, se o critério para umas é o de fazer

com que as auxiliares “rodem” todos os setores, para outras, a definição se dá a partir das preferências e do “perfil” das auxiliares.

“Letícia: e em relação a ficar na UTI, UI e no UBR, vocês também têm isso [autonomia para decidir] ou não?

?: não (...)

Iracema: tem, assim, as preferências, né, mas as enfermeiras...

Luiza: o perfil!

*Iracema: fazem... respeitaaaando (fala ironicamente) assim, em parte, a preferência e também o perfil. Tem pessoas que você vê que não têm perfil pra ta dentro da UTI. É mais aquela coisa de... já não tem mais pique né, é mais UI, né. Não menosprezando a UI que, **eu** que não gosto, entendeu (fala com tom de menosprezo)...”*

O problema é que algumas trabalhadoras que não têm essa preferência ou não a manifestam explicitamente (não “batem o pé”, nas palavras de Rosa) sentem-se injustiçadas pelo fato de “rodarem tudo” (“eu não gosto da UTI, mas fico lá e cá”; “agora, quem fica nos dois, que não liga, aí fica nesse vai-e-vem”; “eu vou, mas eu não gosto”; “ah, eu tenho preferência..., mas eu rodo tudo”), enquanto outras ficam quase sempre no setor pelo qual têm preferência.

Por outro lado, percebemos que a UTI é vista, pelas próprias auxiliares, como um local mais valorizado para se trabalhar, por ser tido como lugar de um trabalho mais difícil e complexo (no sentido técnico). Essa maior valorização também nos pareceu estar ligada ao fato de que o trabalho nos outros setores é mais próximo do maternal, naturalizado, com menos valor técnico-científico. Além disso, na UI o contato com as mães é maior – algo que as aproxima de um trabalho mais complexo no sentido relacional do que no técnico –, estas têm mais convívio com os bebês e já participam do seu cuidado. Assim, as profissionais que atuam na UTI porque preferem acabam tendo mais prestígio e, portanto, mais chances de escolher. Este assunto apareceu também em encontros posteriores, quando foi possível entender melhor os conflitos e as questões aí presentes.

As tensões geradas entre as próprias auxiliares sobre a distribuição entre os setores, ainda não estão claras no início deste encontro, mas apenas esboçadas, como se pode observar no diálogo a seguir. Entendemos que estas tensões têm a ver com o fato de que a autonomia na organização coletiva dos trabalhadores é uma condição importante para que a cooperação possa se instaurar.

“Iracema: eu detesto ficar lá [na UI] dando aqueles copinhos..., entendeu? Não é que o trabalho...

Isabel: eu não gosto e... fico nos dois (...), eu não gosto da UTI, mas fico lá e cá.

Iracema: (fala ao mesmo tempo em que C) não é que o trabalho [na UI] seja mais fácil

Isabel: igual no Canguru também, não gosto, mas (...)

Letícia: mas aí, no final das contas, quem é que define?

Iracema: tem uma escala, né, mas, assim..., geralmente, tem aquelas pessoas que gostam de UTI(...) e tem aquelas que gostam de UI, entendeu? Então, [as enfermeiras] procuram... colocar...

Luiza: agora, quem fica nos dois, que não liga, aí fica nesse vai-e-vem..., né?"

Iracema, que declara gostar mais do trabalho na UTI, parece menosprezar o trabalho na UI, mesmo se fala que ele não é mais fácil. Temos esta impressão ao ouvir a expressão “aqueles copinhos”. Ela explica que a escala existe, mas a escolha é feita também sob critérios de perfil e preferência das auxiliares. Por outro lado, Isabel e Luiza questionam – ainda que discretamente, neste momento –, o fato de que, apesar de também terem preferências, acabam trabalhando em vários setores, sem se fixarem em nenhum deles.

Elas contam que são feitas negociações com as enfermeiras, mas que estas nem sempre são favoráveis a trocas, dependendo de seu “humor” no momento. Beatriz, que em diversas situações durante a pesquisa expressou claramente a sua preferência pela UTI e mesmo uma grande dificuldade/ indisponibilidade em relação à UI, procurou refletir sobre o que leva as chefias a não deixar a escolha de setor por conta das auxiliares, encontrando uma possível razão para tal.

“Beatriz: é, por um lado, eu até entendo, vamos supor, se entrar alguém de licença e... ou de férias..., e precisar (...), você vai trabalhar

Letícia: seria uma forma de se treinar a estar naquele espaço...?

Beatriz: isso... é... isso é ló..., é certo, mas se ta todo mundo aqui e sabe trabalhar em tudo quanto é lugar, por quê que não deixa cada um no lugar que gosta de trabalhar lá, né?!”

Beatriz parece elaborar a sua argumentação a respeito da autonomia das auxiliares, a partir de um “diálogo imaginário” com a argumentação que ela supõe ser das chefias⁶². Através da consideração da suposta razão da chefia, – em vez de simplesmente se opor a ela – Beatriz traz para a discussão a importância do *ponto de vista da atividade*. Isso acontece porque a auxiliar chama a atenção de que se, em teoria, é importante que todas as auxiliares saibam trabalhar em todos os setores (e por isso devam ser treinadas para tal), na prática, a partir de sua avaliação, o grupo destas profissionais é capaz de realizar as substituições quando necessário e pode funcionar melhor se dividindo segundo a preferência de cada uma⁶³.

A fala de Beatriz nos traz ainda uma outra questão: como se daria o treinamento das auxiliares nos diversos setores, se elas trabalhassem apenas nos locais de preferência? Parece-nos, antes de tudo, que o problema não é o de haver ou não escala, mas de a sua existência não apresentar regras e objetivos claros para as trabalhadoras. Assim, o fato de haver uma “seleção” externa das auxiliares para determinados setores é o que parece configurar a sensação de injustiça para algumas delas. Ou seja, entendemos que haveria todo sentido em ser feito um revezamento entre elas, desde que com critérios claros e com a efetiva participação (igualitária) das mesmas. Assim como haveria sentido em não haver revezamento, se isto fosse decidido por elas de forma equânime e que para isso fosse pensado um dispositivo de treinamento/ formação para o trabalho em todos os setores, para os casos de necessidade de substituições.

Resta saber se essa avaliação é unânime entre as auxiliares. De qualquer modo, percebemos que este é um ponto bastante conflituoso entre chefia e auxiliares e, no mínimo, tenso entre as próprias auxiliares. Acreditamos que o ponto de vista de relativizações feitas a partir de um olhar sobre a atividade, mais ligados à realidade do dia-a-dia de trabalho, deva ser privilegiado nesta discussão.

3.3.3- A formação de ECRP com as mães: a questão da co-produção com o cliente na relação de serviço

Em consonância com a diretriz atual do Ministério da Saúde sobre a assistência a recém-nascidos prematuros (Brasil 2002), diversos estudos sobre o cuidado de bebês e crianças em unidades de tratamento intensivo (Gaíva & Scochi, 2005; 2004; Leite & Vila, 2005; Pedroso & Bousso, 2004; Barbosa & Rodrigues, 2004; Furlan *et al*, 2003; Rossato-Abéde & Ângelo, 2002; Lamy, 2000; 1995; Lima *et al*, 1999) têm apontado a tendência ao estímulo da entrada e participação cada vez mais efetiva dos familiares destes pacientes dentro do espaço de tratamento. Ressalta-se, assim, a importância do acolhimento destes atores, de forma que o cuidado tenha um alcance maior do que ao paciente em si, e tenha características para além das “técnicas”, valorizando-se aí a oferta de “apoio emocional” e a construção de relações cooperativas entre a equipe e as famílias.

Além da importância ao estímulo da participação dos familiares, estes estudos apontam as muitas dificuldades, advindas principalmente das equipes de saúde, em lidar com a presença e as demandas destes em seu ambiente de trabalho, bem como a falta de visibilidade do tipo de trabalho (relacional) efetivado pelos profissionais junto aos parentes dos bebês. Assim, apesar de haver um estímulo das políticas de humanização à participação

das mães nos cuidados e do estreitamento da relação destas com a equipe, diversas dificuldades têm sido constatadas neste empreendimento.

Entre as diversas mudanças por que passou a assistência neonatal, está a ampliação da finalidade do trabalho nas unidades neonatais, que passou a se preocupar com a família e a qualidade de vida do bebê, para além da recuperação de seu corpo anátomo-fisiológico (Gaíva & Scochi, 2004, p. 470). No entanto, as autoras sinalizam que a efetiva inserção da família no cuidado neonatal encontra dificuldades na realidade prática dos serviços, que oferece poucos recursos e preparo dos profissionais para reorganizarem o processo de trabalho, e incentivarem a entrada dos familiares.

A partir de um estudo sobre as situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal, Lamy (1995) identificou o estabelecimento de um contraste entre os sentimentos de medo, culpa, insegurança e apavoramento dos pais e a rotina institucional da unidade neonatal, para a qual “cada bebê novo é uma história que se repete” (idem, *ibidem*).

De acordo com a análise realizada por Gaíva & Scochi (2005) numa UTIN de um hospital universitário brasileiro, a participação das mães no trabalho de cuidado dos seus filhos se dá por etapas, iniciando-se pela sua produção de leite (estimulação, coleta e armazenamento - quando o bebê ainda não está preparado para ingeri-lo). Em relação aos demais cuidados ao recém-nascido, na UTI o tempo de suas visitas é reduzido, envolve pouca participação nos cuidados e a interação com o bebê se restringe ao toque e ao olhar. As autoras identificam que neste setor a finalidade do trabalho centra-se na recuperação biológica da criança, não havendo espaços para a inserção da mãe na organização do trabalho (p. 446).

Quando o bebê é transferido para a unidade intermediária (médio risco), sua condição clínica está estável e a ênfase passa a ser no processo de crescimento. É aí que a equipe inicia o treinamento e a orientação das mães para realizarem o cuidado de seus bebês (idem, *ibidem*). Segundo a observação das autoras sobre o trabalho nesta unidade, a partir do momento em que a mãe começa a executar parte dos cuidados, há também uma cobrança por parte dos profissionais para que ela os realize, tornando-se, assim, informalmente, agente da equipe.

As pesquisadoras (idem, *ibidem*, p. 446) perceberam uma divisão de trabalho entre a enfermagem e as mães, onde estas últimas ficam responsáveis pelas tarefas “menos complexas” (como troca de fraldas, higiene e alimentação) e são cobradas pela sua efetivação. A cobrança é vista pelas autoras como algo negativo, na medida em que não deveria haver obrigatoriedade na participação dos familiares, e sim compreensão de sua

“vulnerabilidade emocional”. Segundo as autoras, o processo de trabalho não está organizado de forma a contemplar a família no cuidado, já que as rotinas são muito rígidas e as mães têm dificuldade de se adequar a elas (p. 448).

Como discutimos anteriormente, acreditamos que a reação de cobrança e a dificuldade frente ao sofrimento dos pais parecem fazer parte do quadro das estratégias defensivas criadas pelas trabalhadoras como forma de proteção da própria saúde e para que o trabalho possa ter prosseguimento. Esta consideração por si só não justifica a dificuldade de compreensão e acolhimento do sofrimento das mães, mas torna a questão mais complexa, não situada apenas *no que se deve* fazer no trabalho, mas também *no que é possível*, dadas as condições em que se estabelece. Há que se considerar também que, como as próprias autoras salientam, a participação da família no cuidado ao recém-nascido na UTIN é ainda uma estratégia muito recente (idem, ibidem), com suas modalidades de funcionamento e conexão com a equipe de saúde ainda por serem descobertas e desenvolvidas.

Gaíva & Scochi (ibidem, p. 447) notaram, ainda, que, na relação da equipe com a família, há uma ambivalência, pois ao mesmo tempo em que os profissionais reconhecem a participação das mães no cuidado dos filhos como indispensável, em alguns momentos, a presença materna dificulta o desenvolvimento das atividades da equipe. Isto é notório no caso estudado por nós e entendemos que decorre de uma falta de clareza sobre o papel das mães, além do fato de que estas representam sempre novas pessoas que precisam aprender o serviço, ou seja, acabam sendo vistas como uma sobrecarga, uma instância exigente de informações, carente de atenção e suporte emocional e, algumas vezes, fiscalizadora do trabalho.

Mesmo que de forma um pouco confusa ou conflituosa, o fato é que os familiares dos bebês (majoritariamente as suas mães) não são apenas clientes do hospital, mas são convidados e (às vezes, cobrados) a participar como atores ativos do processo de recuperação dos neonatos, caracterizando-se como *co-produtores* (muitas vezes forçados) deste serviço. Desse modo, vê-se uma tendência a configurarem-se ECRP, que envolvem não apenas a equipe formal dos profissionais de saúde, mas também os próprios familiares dos bebês no desenvolvimento de atividades realizadas dentro das unidades do berçário.

Segundo Zarifian (2001b), num processo de produção de serviço, “em inúmeros momentos, o próprio cliente, a partir de sua competência, intervém como um recurso” (p. 133). É, de fato, isso o que parece acontecer no berçário com relação às mães: a elas é demandada a participação (relativa e progressiva) nos cuidados do seu bebê, o que inclui

desde dar carinho, ter contato, até a participação efetiva no tratamento (ganho de peso) através do método mãe-Canguru.

Assim, as mães são co-operadoras na produção do serviço, na medida em que a sua presença junto ao filho envolve aprender a lidar com as suas necessidades e a auxiliar no próprio tratamento e cuidado dele. No entanto, notamos a ausência de uma definição precisa do papel das mães, além da falta de um apoio real para que exerçam as atividades a que são demandadas e orientadas a fazer, na medida em que, segundo as auxiliares, elas não compreendem as informações completamente e há mesmo falta de clareza no fornecimento destas.

A dificuldade na relação com as mães dos bebês durante o trabalho no berçário foi algo muito comentado pelas auxiliares em diversos momentos e demonstra ser uma questão complexa, e ao mesmo tempo, ponto nevrálgico deste tipo de atividade de trabalho. É perceptível que a presença muitas vezes constante e demandante das mães, faz com que a relação com estas seja inevitável, mesmo se é alvo de conflito, indefinições, mobilizações afetivas e de tempo não reconhecidas e frustrantes.

Às auxiliares chegam – de forma mais direta e imediata do que aos outros profissionais da equipe de saúde – as dúvidas, inseguranças, medos, sofrimento, problemas e, algumas vezes carinho e apego, por parte dos familiares dos bebês ali internados. No entanto, as recomendações que recebem em relação às questões frequentes das mães é que elas forneçam apenas informações básicas (não médicas) sobre o estado dos filhos e tirem dúvidas sobre os procedimentos que realizam neles. Apesar disto, as demandas que chegam às auxiliares (por serem mais acessíveis que os médicos e outros membros da equipe) extrapolam a prescrição⁶⁴ do seu trabalho e influenciam direta e intensamente a sua atividade, gerando um “trabalho extra” invisibilizado.

Os resultados mais visíveis e verbalizados desta relação, parecem se situar em: disputas sobre as ações feitas com os “filhos”⁶⁵; incômodo gerado pelo sofrimento das mães, que faz com que as auxiliares tenham dificuldade de entender a posição delas; situações de agressividade por parte das famílias em relação às auxiliares, quando as famílias não entendem o trabalho realizado ou não o reconhecem/ valorizam; disputas de atenção e visibilidade em relação à chefia⁶⁶; apego (personalizado) das mães pelas auxiliares, visto como indevido por estas; confusão de *gênero de atividade* entre mães e auxiliares; invisibilidade do trabalho realizado pelas auxiliares em relação às mães.

Uma fala de Rosa em relação à unidade Canguru⁶⁷ pareceu demonstrar as contradições presentes nesta relação, que fica extremamente intensa e aproximada nesse setor especificamente. Estas contradições pareceram ter sido suscitadas pelas falas das

colegas questionando, implicitamente, se ela gostava *mesmo* do Canguru (setor que muitas delas afirmam não gostar). Neste setor, as auxiliares devem orientar as mães a realizarem a posição Canguru e os cuidados dos filhos, que aí devem ser feitos apenas sob supervisão das auxiliares, sem a participação efetiva destas. No entanto, esta relação é difícil, pois as mães muitas vezes estão ali a contragosto (e por falta de clareza nas informações) e não seguem as recomendações gerando tensão com as auxiliares. Outro ponto a ser levado em conta é o de que, naquele espaço, as mães estão em número quase sempre maior que o de auxiliares⁶⁸, o que pode gerar nestas uma sensação de isolamento de seu coletivo, como parece apontar a fala de Rosa a seguir.

“Luiza: e o Canguru?”

Rosa: ah, eu gosto da UI... o Canguru também eu não sou daquelas que fala, que bate o pé que não quer ir, eu vou...

Isabel: eu vou, mas eu não gosto (...) (risos)

Beatriz: é engraçado isso, né. (risos)

Rosa: o mais chato é isso, que fica isolada, né, mas eu gosto de trabalhar lá, quando tem aquelas mães dedicadas...

Beatriz: quando eu olho pra aqueles copinhos, me dá náusea...

Luiza: eu adoooro ficar lá...

Beatriz: quando eu olho aquilo, aquilo me dá náusea...

Iracema: o quê?

Beatriz: Aquele volume enorme de copinho e...

Rosa: agora mesmo, no Canguru, teve uma mãe lá que eu não consegui fazer com que ela desse banho no filho dela, ela falou que tá frio, que ela não ia dar banho, que não quer dar banho... (...) é..., ficou sem banho, eu falei “pôxa, o banho ajuda tanto o neném..., vai...”, igual dei banho lá nas outras três lá, né, as crianças já mamaram, mamaram bem, tão lá dormindo, tão até fazendo Canguru... “ah, eu não vou dar na minha não, não vou mesmo, não quero não...”, eu vou brigar com ela pra dar banho? Né?”

Rosa afirma que gosta de trabalhar no Canguru *quando* “tem aquelas mães dedicadas”. Assim, ela coloca uma condição, que tem a ver com o fato de que a ação das mães naquele setor é fundamental para o seu trabalho, seja para fazê-lo mais prazeroso e produtivo, através da formação de uma ECRP interessante com as mães, seja para atrapalhá-lo e torná-lo desgastante.

Podemos notar que a história contada por Rosa, a partir do diálogo relatado, confirma a existência de uma ECRP formada com as mães, chamando a atenção da dimensão relacional do trabalho com elas, que são *ao mesmo tempo* clientes a serem cuidadas pelas auxiliares e parceiras no trabalho de cuidar dos bebês. Trata-se de um diálogo de negociação, um tipo de negociação que parece ser nova para estas profissionais e que, se não corresponde às expectativas delas com relação ao seu padrão do que seja “um trabalho

bem feito”, esteticamente apreciável, torna-se bastante incômoda. Seria este incômodo decorrente da geração de uma maior invisibilidade de seu trabalho, ou da sensação de que este não foi sequer realizado (ao menos como o resultado concreto “criança de banho tomado”)? De qualquer forma, essas novas configurações de seu trabalho (definidas a partir de políticas e normatizações vindas “de cima”) parecem gerar resistência e incômodo por parte das auxiliares, quando elas têm pouca possibilidade de definição das mesmas.

Por outro lado, Rosa também parece expressar uma queixa relacionada à falta de valorização do seu “saber de auxiliar” (“pôxa, o banho ajuda tanto o neném”), na medida em que considerou que as suas recomendações não foram ouvidas com respeito, que não receberam a mesma atenção que receberiam se fossem transmitidas pela voz de um médico⁶⁹, por exemplo.

Este incômodo gerador de conflitos entre as mães dos bebês e as auxiliares parece ter como uma de suas origens uma falta de reciprocidade na relação entre elas, o que Zarifian (2001a) explicita no trecho seguinte:

“Desenvolver uma competência é também mostrar, nas suas relações com os outros, civilidade, isto é, atenção, respeito e generosidade em relação ao próximo. Mas é também de se esperar a recíproca. O serviço não é unilateral: comporta sempre uma negociação, de reciprocidade e de compromisso. Aliás, nesse sentido, o culto ao cliente é absurdo: o cliente é um ser social com o qual é perfeitamente legítimo discutir e negociar” (p. 90).

Neste sentido, as auxiliares sentem-se desanimadas a um contato maior com as mães, muitas vezes porque este é gerador de desgaste e sofrimento mal “compensados” (pela falta de reconhecimento, pela agressividade, por uma falta de respeito à voz de auxiliares de enfermagem, etc.).

Por outro lado, a falta de informações claras às mães a respeito de como podem contribuir para o tratamento de seus filhos parece ser um empecilho para o trabalho das auxiliares, que estão em contato mais amplo com as mães e devem “fazer cumprir” as regras da participação delas no método Canguru. Neste sentido, de acordo com a lógica da competência abordada por Zarifian (2001c, p. 74), os diferentes atores desta situação deveriam poder assumir áreas de “co-responsabilidade” *em rede* (mais do que *em equipe*), onde pudessem compartilhar as suas implicações. Parece-nos que esta consideração é bastante pertinente ao caso aqui analisado, já que as mães (clientes co-produtoras do serviço) muitas vezes parecem não perceber *também* como *delas* próprias as responsabilidades envolvidas no serviço de cuidado.

Ainda segundo Zarifian (2001c), esta “co-responsabilidade” deve ser “instrumentalizada”, ou seja, “é necessário formalizar, no seio da organização, compromissos coletivos em torno de problemas e objetivos comuns, explicitamente compartilhados” (p. 80). Além disso, é importante ressaltar a importância de se *saber o que se faz e porque se faz*, para conseguir ser responsável. Parece-nos que é, justamente, a falta de clareza no porquê de se estar agindo de determinado modo que faz com que a postura das mães em relação ao trabalho das auxiliares, muitas vezes, seja de cobrança em vez de parceria.

Neste sentido, entendemos que seria necessária uma espécie de treinamento mais efetivo para mães estarem naquele ambiente, para lidarem com as “regras do jogo” ali presentes e para realizarem a sua “produção” em conjunto com a equipe de saúde. Pois, do contrário, elas acabam por gerar uma sobrecarga no trabalho da enfermagem, que realiza de certa forma (informalmente) o treinamento das mães, sem que ele seja devidamente visibilizado e incorporado na prescrição de seu trabalho.

Esta necessidade de um treinamento mais adequado aparece claramente na fala de Isabel, ao iniciarmos (formalmente) a discussão do tópico sobre a relação com as mães:

“eu achava que a mãe teria que ser orientada de que tem que fazer de tudo lá em cima” (Isabel)

As auxiliares dizem faltar às mães a clareza quanto ao compromisso de cuidar de seu filho e realizar a posição Canguru⁷⁰, quando estas vão para o quinto andar. Elas afirmam que as mães, que inicialmente fazem o “Canguru parcial” (1ª. etapa do método) *aqui embaixo* (no quarto andar, dentro da UI), mudam de comportamento *lá em cima*, negando-se a obedecer às regras do método (como, por exemplo, ficar praticamente o tempo todo com o bebê em posição Canguru). As auxiliares afirmam que, apesar de existir uma médica responsável pela supervisão do funcionamento da unidade Canguru, elas é que ficam responsáveis pelas orientações e pela “fiscalização” mais direta do cumprimento das normas.

É importante notar que nesta unidade as auxiliares encontram-se isoladas de seu grupo, ficando mais vulneráveis em relação às regras de seu ofício, que entram em debate com as normas trazidas pelas mães. O caso do banho, relatado por Rosa, é um exemplo disso. Neste sentido, há a formação de uma ECRP para dar conta do trabalho que é preciso realizar naquele espaço, no momento específico, mesmo se esta é, como sua própria definição prevê, *instável* (apenas *relativamente* pertinente). Por outro lado, as mães, segundo as auxiliares, não têm clareza sobre todas as implicações de se internar na Unidade

Canguru (não poder ir em casa, ter que dedicar-se dias exclusivamente ao seu recém-nascido, etc.). Segundo as participantes dos encontros, o interesse por parte do hospital em manter a unidade Canguru funcionando é, antes de tudo, político-financeiro. Este fato parece desmotivar as trabalhadoras a estarem neste setor, bem como contribuir para que as mães que lá estão não tenham total consciência do que o método significa e representa para o seu bebê.

Através do debate do assunto “Canguru” - altamente mobilizador das auxiliares-, pudemos perceber que, ao se estabelecerem na base de uma “pirâmide”, o que lhes vem *de cima* e o que está *em cima* é sentido por elas como opressor e como algo sobre o qual elas têm pouco controle e pouca força coletiva. Este *em cima e embaixo* é, não apenas simbólico, mas também concretamente relacionado com a organização espacial do prédio onde funciona o hospital e apareceu em diversos momentos nas discussões dos encontros. Assim, parece ficar um pouco mais claro o motivo expresso sobre a dificuldade das equipes de enfermagem em lidarem com as mães no trabalho com os neonatos.

3.3.3.1- Sobre a disputa de espaço com as mães e a dupla falta de reconhecimento

Ao trazermos a seguinte frase: “[as mães] parecem vizinhas fofoqueiras”, dita durante uma visita, as auxiliares caem em gargalhadas. Iracema diz que concorda, especialmente quando as mães ficam muito tempo com o filho internado e começam a ter um maior domínio do espaço, e maior controle de sua rotina e funcionamento.

“isso aí parece mesmo né, gente (se refere à frase)?(...) (falando sério) não, não são todas, mas... principalmente quando elas ficam muito tempo aqui (...) começam a se sentir donas da casa, aí elas começam a tomar conta do filho da outra (...) enquanto uma mãe tá ausente, ela não toma conta do filho... só do filho dela...” (Iracema)

No estudo realizado por Gaíva & Scochi (2005) em uma UTIN observou-se que, mesmo se a participação das mães no cuidado era estimulada e valorizada pelos profissionais, estes demonstravam preocupação de que elas pudessem tumultuar o trabalho, principalmente quando permaneciam na unidade por um longo tempo ou quando estavam presentes durante a realização de procedimentos invasivos.

Novamente, como no primeiro encontro, as auxiliares surgem em defesa da importância de se diferenciarem das mães dos bebês, ressaltando sua identidade profissional e procurando distanciar-se dos *estereótipos sexuais* (Molinier, 2004), tais como o de que “as mulheres são fofoqueiras”, ou “donas da casa”, como nas palavras de Iracema.

No diálogo a seguir o incômodo gerado pela proximidade com as mães, especialmente no que tange aos estereótipos femininos, aparece explicitamente:

“Isabel: *mas sabe o que eu acho também? Que tem é... muito profissional que dá essa liberdade...*

(várias começam a falar ao mesmo tempo, concordando)

Isabel: *fica falando como se fosse colega, né, fica uma falação, né?! Eu sou a... funcionário, você é mãe, tem uma separação!*

Beatriz: *é, eu também acho!*

?: tem pessoas que..., como as colegas que trabalham, no convívio de todo dia, perdem aquela... passam a ter intimidade

?: eu não gosto”

Além disso, as participantes comentam se sentirem controladas pelas mães dos bebês, quando estas passam a ficar mais atentas sobre os horários de administração dos medicamentos ou quando tentam entender e acompanhar o funcionamento dos aparelhos ligados à incubadora, por exemplo.

Ainda segundo a observação de Gaíva & Scochi (2005), para muitos profissionais na UTIN estudada, “a família representa um agente controlador e fiscalizador de seu trabalho, alguém que atrapalha e tumultua o ambiente” (p. 447).

“Beatriz: *(..) eu acho assim, é meio-dia parece que a menina [responsável por levar as dietas ao berçário] também já vem com a dieta tudo correndo pra entregar **meio-dia** e... Aí teve uma outra vez que ela [uma mãe de quem estão falando] me questionou porque eu cheguei mais cedo, aí eu comecei a dar mais cedo e ela também não gostou, eu falei (...)*

Rosa: *até porque não tem nem como.*

Beatriz: *exatamente, se eu dou primeiro o dela, pode ser que o dela seja meio-dia, mas o próximo não vai ser mais, não tem condições de ser em ponto, todo mundo.”*

A questão da ausência de clareza nas informações, ou de uma certa seleção das informações que devem chegar até as mães, aparece na fala de Iracema, a seguir. Esta escolha do que falar ou não para as mães parece ter como justificativa o distanciamento das auxiliares em relação ao *gênero* das mães, ligado a uma idéia de sensibilidade, não cientificidade, não racionalidade... em relação às quais as auxiliares procuram se diferenciar⁷¹.

“Iracema: *Eu acho que dão muita informação demais, entendeu?! “ah, pra quê que é isso aqui, pra quê que é isso ali?” (...) Aí, eu falo: “olha, **você não vai levar o monitor pra casa!**”. Entendeu? Porque elas [as mães] ficam tão... bitoladas com aquele monitor...*

Isabel: é e aí não olham a criança que é o...

Pudemos perceber, a partir dos diálogos durante este encontro, que a questão da disputa de espaço e da sensação de controle e cobrança que as auxiliares sentem vindo das mães, parece ter a ver com uma dificuldade de comunicação, que envolve a falta de clareza de informações que chegam às mães e a invisibilidade do trabalho realizado pelas auxiliares. Estas dificuldades parecem ter como ponto comum uma *falta de reconhecimento* em via dupla: por um lado, as mães pouco reconhecem o empenho das auxiliares em realizar um trabalho de qualidade, apesar de todos os problemas que as trabalhadoras têm que gerir e a importância da atividade destas para o tratamento de seus filhos. Por outro, as auxiliares têm dificuldades em reconhecer a situação de vulnerabilidade emocional dos familiares naquele ambiente e naquela situação de suas vidas.

A falta de reconhecimento da atividade das auxiliares pelas mães é ressaltada por Beatriz ao dizer que “não tem condições de ser em ponto, todo mundo”, relatando sobre como é difícil lidar com as mães, agradá-las, “segurar a onda” para não ser agressiva com elas, como aponta na fala seguinte:

“Tracema (imitando uma mãe): ‘vem cá, o colírio é meio-dia, já são meio-dia e um’

Beatriz: teve um dia que ela me questionou porque eu não tinha dado a dieta ainda (...) aí eu pensei, assim, duas vezes, que se eu estivesse lá fora [do ambiente de trabalho, do hospital] eu ia responde de outro jeito, mas aqui dentro é diferente... eu ia falar assim: “deve ser porque ainda não chegou”, eu ia falar assim. Aí, eu olhei bem na cara dela e falei assim: “é porque ainda não chegou”, mas pensei...

(risos)

?: tem que contar até dez!”

A gestão deste tipo de situação de trabalho conflituosa, apontada pelas participantes durante o encontro, parece ter a ver com o que Zarifian (2001c) chama de *dimensão compreensiva* da relação de serviço. Segundo o autor, a dimensão puramente cognitiva deve ser associada à dimensão compreensiva para que se possa entender e agir sobre uma determinada situação:

“Essa dimensão compreensiva adquire todo o seu alcance na interação social, quando o sujeito deve interpretar comportamentos humanos à luz da compreensão, mesmo que parcial, das razões que o motivam. Esse entendimento é prático, no sentido de que está orientado para a ação. E o entendimento das razões do outro permite compreender ‘inteligentemente’ seu próprio comportamento, permite ajustá-lo.” (p. 72)

É interessante notar também que, se Beatriz não falou com a mãe de um jeito indelicado e agressivo, não quer dizer que não pensou em fazê-lo, que este impulso não passou pela sua cabeça, pelo seu corpo... gerando talvez uma irritação que guardou para si e, quem sabe, influenciou outras ações tomadas por ela em momentos posteriores. Neste sentido, podemos dizer que a atividade de trabalho ultrapassa em larga escala a simples execução de uma tarefa ou de um objetivo pré-fixado, envolvendo, na verdade, uma gestão complexa dos diversos elementos colocados pela situação, dentro do que Schwartz (2000a) denomina de *dramáticas do uso de si*.

As auxiliares afirmam que, apesar de todos os conflitos nesta relação, entendem que ela faz parte de seu trabalho, mesmo se muitas vezes se restringe às solicitações das mães, especialmente no ambiente da UTI.

“Beatriz: eu acho que na UTI, quando tá mais agitado, fica uma coisa mais mecânica, você tá preocupada em fazer aquilo que tem que ser feito, anotado, porque é importante e você não fica falando muito. Eu, por exemplo, não sou muito de ficar falando, né, nem muito com a equipe, enquanto eu to trabalhando eu fico mais quieta, que dirá você ficar interagindo com a mãe o tempo todo? Não tem condições.”

Iracema: só quando solicita mesmo

Beatriz: só quando solicita, entendeu?!”

3.3.4 - Relação com os médicos?

Para discutir as relações estabelecidas entre as auxiliares e os médicos no seu cotidiano de trabalho, levamos a seguinte frase dita em uma visita: “o médico quer meter o pau na gente”. Esta fala se referia à questão da infecção hospitalar e de como a auxiliar com quem conversamos via a posição dos médicos em relação à equipe das auxiliares, vendo-as como responsáveis pela maioria das contaminações ocorridas.

Antes de nós lhes explicarmos o contexto em que essa frase havia sido dita, Iracema discordou dela, dizendo que esta passava a imagem de que não havia uma boa relação entre elas e esses profissionais.

“Iracema: eu não acho assim, pelo menos comigo, eu nunca senti isso dos médicos quererem..., entendeu, [a frase] dá a sensação, né, de como se estivesse querendo prejudicar a pessoa... Eu acho que aqui tem pouco isso, eu não concordo não.

?: eu também não”.

Em seguida a uma contextualização da frase, Luiza lembrou que havíamos chegado até mesmo a discutir no pré-encontro a questão da infecção hospitalar e da responsabilidade

por esta sempre “cair em cima” delas. Foi interessante a colocação de Luiza, mostrando-se atenta às discussões e ajudando a contextualizar os fatos rumo a um debate mais claro.

“ah, ta, já lembro... foi aquela parte que a gente falou que se encapota toda e eles vão, enfiam a mão sem a luva, não botam o capote, não põem nada...” (Luiza)

A discussão se encaminha, então, para a questão da infecção hospitalar e as auxiliares começam a se queixar, como fizeram em encontros anteriores, da postura dos médicos em relação aos cuidados contra a contaminação. Segundo elas, eles tomam menos cuidados do que a enfermagem ao tratar de bebês infectados.

O que nos pareceu mais interessante foi que, a partir da retomada desta discussão, as auxiliares passam a considerar outros aspectos sobre a idéia de que os médicos falam que elas são as culpadas pela disseminação das infecções. Ao longo do diálogo a seguir, podemos ver se delineando progressivamente uma “explicação” para a queixa inicial, através de uma fala construída conjunta e coletivamente entre as participantes e as minhas colocações.

*“**Letícia:** então, nesse sentido, eles [os médicos] falam que foram vocês que passaram [as infecções]?”*

***Beatriz:** mas eu também acho que eles não ficam nessa coisa de..., não acho muito isso não, sei lá, eu trabalho aqui há pouco tempo.*

***Luiza:** ah, eles não falam não, mas no final sempre cai pra gente*

***Iracema:** eu nunca ouvi alguém falar assim: “ah, é a enfermagem”*

***Letícia:** não? Porque que vocês acham que cai pra vocês?*

(várias falam ao mesmo tempo)

***Luiza:** ah, em geral, assim.*

***Iracema:** acho que é porque a gente que manuseia mais.*

***Luiza:** isso já é da cabeça da gente, porque quando tem também...*

***Letícia:** é porque é da cabeça de vocês?*

***Isabel:** não é não, não é da cabeça da gente não.*

***Beatriz:** não é não, é porque ninguém manipula mais as crianças do que as auxiliares.*

***Rosa:** eles acham que a gente que manipula mais, a gente que contamina.*

***Luiza:** mas a gente se protege mais do que eles.*

***Rosa:** acham que a gente não tem assim, conhecimento também...*

***Beatriz:** não tem como saber exatamente quem é que passa, quem é que fez errado, quem é que passou, mas se você fosse pensar numa maioria, somos nós.”*

Conclui-se, com a fala de Beatriz, que pelo fato (não definitivo) de que as auxiliares é que estabelecem mais contato direto com os bebês e elas estarem no berçário em número maior do que os outros profissionais, a “culpa” acaba caindo em cima delas. Durante este

diálogo muitas falas foram ditas quase que ao mesmo tempo. Uma delas foi a de Rosa, que apontou um outro motivo: “acham que a gente não tem assim, conhecimento também...”, o que demonstra o preconceito em relação à enfermagem, tanto no que tange à sua capacidade de dominar conceitos técnico-científicos, quanto aos saberes produzidos pela experiência destas profissionais.

Em seguida, Rosa complementa sua fala, a partir de uma pergunta nossa:

*“**Letícia:** Mas Rosa , quando você fala que eles acham isso, você percebe isso através de que? Quem acha isso?*

***Rosa:** não, sempre assim, quando tem, assim é, reunião, que a Andréia [chefe de enfermagem do berçário] vem pra orientar e falar com a gente, né, aí é... (3”)*, aí diz que, por exemplo, numa última pesquisa que teve aí eu ouvi falar que é a... a UI que é o mais contaminado, é a parte com mais, com mais criança contaminada. E aí eu acho que...eles acham que a gente... ao manipular mais a criança lá na UI né... e também, há mais contaminação também porque a criança quando vai pra lá a mãe também manipula mais a criança, né.”

Através de sua fala tímida, Rosa coloca ainda mais uma questão: a de que o maior contato das mães com os bebês na UI pode ser um fator de aumento da contaminação e não apenas o contato das auxiliares.

Especificamente sobre a relação delas com os médicos nada foi falado. Por um lado, acreditamos que a frase selecionada não tenha sido muito apropriada para tal, já que levou a discussão para que questão mais específica da infecção. Por outro, acreditamos que esta questão é ponto de entrelaçamento entre elas e os médicos na formação de uma ECRP voltada para o combate à infecção, talvez uma das raras ECRP formadas, entre estes profissionais.

Durante as visitas, várias auxiliares falaram que os médicos são bastante disponíveis no berçário (diferentemente de outros setores do hospital). Pudemos observar a situação de uma auxiliar, num plantão noturno, tirando dúvidas com uma médica sobre o que fazer diante da falta de um medicamento prescrito. No geral, nos pareceu haver uma quase “não-relação”, mais do que uma relação conflituosa. As auxiliares parecem mesmo não fazer parte do *quadro que os médicos pintam*, situando-se, isto sim, em uma *rede de invisibilidades*, da qual também fazem parte as mães dos bebês, por exemplo.

3.3.5 - A questão da falta de avaliação/ reconhecimento sobre o trabalho do plantão noturno

A conversa sobre o combate à infecção hospitalar acabou desembocando numa discussão sobre a forma como as equipes diurnas e noturnas lidam com este problema. Foi falado que estes plantões falam “duas línguas”, que as informações são passadas de forma mais completa e aproximada para os plantões diurnos e não chegam de modo eficiente aos plantões noturnos. Esta discussão foi possibilitada principalmente pela presença de Rosa, que serviu para as suas colegas do plantão diurno como interlocutora das questões do plantão noturno.

***“Iracema:** eu sei que o que ta sendo discutido aqui também não é a infecção, mas também eu acho que existe falha naaaa..., trabalha-se muito em cima do pessoal do dia, entendeu?*

***Rosa:** ah é, à noite, é...*

***Iracema:** porque é só reunião com o pessoal do dia, né*

(...)

***Rosa:** acho que é falta de pessoa mais ali pra olhar né? Pra supervisionar mais, né? [no plantão noturno]*

(...)

***Iracema:** fica tudo muito por conta da enfermagem [no plantão noturno], né?*

***Rosa:** fica muito por conta...*

***Beatriz:** cada um por si.*

?: cada um por si

***Iracema:** mas você não acha (dirigindo-se a Rosa) que falta fazer um trabalho de... um prosseguimento mesmo, né, do trabalho...*

***Rosa:** é...*

***Iracema:** porque não adianta ficar só informando o pessoal do dia*

***Rosa:** é... não adianta ficar só no pessoal do dia, e não ficar no da noite...*

?: claro, é continuidade. né...

***Beatriz:** é continuidade...*

***Isabel:** eu sempre falei isso, que a gente fala línguas diferentes, o pessoal do dia e da noite. Muita coisa a gente sabe e eles [os enfermeiros, a chefia] não passaram pra eles [os auxiliares dos plantões noturnos], não chegaram até eles.*

***Iracema:** eu não to falando que o pessoal da noite faz tudo errado, mas, assim, eu acho que é muito mais distante as coisas (abaixa o tom de voz), você não tem chefia, você não tem supervisão...”*

A demanda das participantes por um “trabalho de continuidade”, “prosseguimento”, “supervisão” parece falar de uma necessidade de avaliação/ julgamento por parte das chefias pelo trabalho realizado de forma isolada (“cada um por si”) entre as auxiliares dos plantões noturnos. Entendemos que, na medida em que as trabalhadoras do turno da noite ficam muitas vezes distantes das informações passadas nos treinamentos oferecidos durante o dia e que o trabalho realizado por elas não é acompanhado e avaliado (reconhecido),

quicá elogiado, o interesse das auxiliares em fazer um trabalho de qualidade pode ser abalado e acabar gerando problemas de produtividade, qualidade – tais como a proliferação de infecções entre os bebês, citada pelas participantes do encontro – e saúde.

Entendemos que esta questão pode estar remetida ao que Dejours (1993) denomina “requisitos subjetivos e intersubjetivos da vontade de cooperação”. Segundo o autor, as contribuições singulares e coletivas dos trabalhadores frente à organização do trabalho (através mesmo de sua subversão, em prol de um trabalho de qualidade) não podem ser esperadas dos agentes se não lhes é concedida em contrapartida uma retribuição. Assim, a dupla contribuição-retribuição é a chave da mobilização das subjetividades, necessárias a formação de uma vontade comum e de laços de cooperação.

Neste sentido, podemos entender que a demanda por treinamento e por informação das profissionais do plantão noturno não se resume à importância destas, mas pode ser entendida como uma necessidade de receber avaliação pelo trabalho realizado por elas. Além disto, esta é mais uma situação que mostra como a falta de reconhecimento (e, portanto, de visibilidade das competências mobilizadas nas ações) contribui negativamente para a coesão e cooperação entre os plantões gerando críticas entre as funcionárias de um e de outro.

Um outro elemento interessante do último diálogo citado, e que fala sobre este conflito entre os plantões, é a questão das “duas línguas” faladas pelos turnos diferentes, conforme Isabel chamou a atenção. A expressão utilizada pela participante parece falar de uma diferença interna a um mesmo “mundo”⁷², de dois modos de se expressar dentro de um mesmo ofício. Neste sentido, ela expressa uma dificuldade de comunicação/ diálogo, mas não a ausência de possibilidade desta acontecer.

3.3.6- A relação com os bebês: um encontro entre e a dimensão técnico-científica e a dimensão relacional do trabalho no Berçário

3.3.6.1- A questão de parecer trabalho de mãe ou de babá

Com o objetivo de provocar a discussão do sub-tema “Relação com os bebês”, expusemos as seguintes falas às participantes:

1. *“Até parece que a gente é mãe”*
2. *“pára de bobice, pára de ridiculice”*
3. *“Mesmo que a gente fure a criança várias vezes, depois a gente pega ela no colo, faz um chamego e elas aceitam”*

4. *“criança não reage, não responde como adulto..., a gente acha que aquilo é melhor pra ela, faz e pronto”*
5. *“não entrei em detalhes porque senão quem fica doída sou eu. Tem que manter certa frieza para não levar para casa”*

A reação das auxiliares às falas deste sub-tema apareceu em um ritmo lento. Inicialmente, Beatriz comentou a primeira frase com fortes gargalhadas, dizendo que esta era sua (“eu acho que aquela primeira frase é minha”), as outras comentaram a segunda fala mostrando-se espantadas com relação a ela. Em seguida Iracema tentou adivinhar quem falara a quinta frase, dizendo que havia sido Joana. As reações das auxiliares nos deram a impressão de que não era muito simples ou agradável falar sobre este assunto, precisando ser bastante estimuladas para expressarem suas opiniões. Aos poucos, fomos lhes explicando o contexto das falas e incentivando-as a se colocarem.

Quando finalmente o debate se inicia, trata sobre o quanto o trabalho com os bebês se aproxima ou se distancia do cuidado maternal e como essa distância ou proximidade é vista pelas trabalhadoras.

Beatriz é tocada diretamente pela primeira frase, que se assemelha muito com o que ela falou durante uma visita e o que ela mesma disse que costuma afirmar: a semelhança entre o trabalho maternal e as atividades de trabalho da UI.

Notamos, em diversas conversas durante as visitas e também neste encontro, que a estreita relação do trabalho realizado pelas auxiliares e a visão de que este seria um trabalho maternal, é especialmente forte na UI, o que parece ser o principal diferenciador entre este ambiente e o da UTI. O interessante é que, apesar da percepção desta característica ser praticamente unânime, ela é vista de forma variada entre as auxiliares e parece determinar muitas vezes a escolha ou preferência delas por um ou outro setor dentro do berçário.

Se, para Beatriz, sentir-se como uma “mãe”, ou uma “babá” – ambas estereótipos do trabalho maternal, especialmente aquele prestado aos bebês – é algo que ela repudia explicitamente, para Luiza isto é motivo de preferência pela UI e de prazer através da troca mais intensa de afeto possibilitada pelas características do trabalho nesta unidade.

*“**Letícia:** e aí gente o que vocês acharam? Reflete alguma coisa que vocês sentem ou assim...?”*

***Beatriz:** a primeira eu sinto em relação à UI, “até parece que a gente é mãe”.*

***Luiza** (bocejando): eu só gostei da terceira
(6”)*

Iracema: *eu acho que..., principalmente na UI né? Aquela coisa de a gente ficar com a criança no coooolo, ah, o copiiiinho...*

Luiza: *eu hoje peguei o filho de [nome de uma mãe].*

Iracema: *e bota pra... é realmente, a gente...*

(falam ao mesmo tempo)

Luiza: *áí hoje eu vi que ele tava sem (...), ah tava sem (...), “vou dar um colinho a ele, peguei até a mãe chegar”.*

Letícia: *não era nem um colinho durante o cuidado dele, era uma hora que você não tava...*

Luiza: *é, porque ele já ficou muito tempo lá.*

Rosa: *e principalmente daquelas crianças que é reinternação, né? A mãe leva pra casa, áí durante o dia ela passa aqui e chega determinada hora ela se manda, coitada daquela criança, né, chora né, e a mãe se mandou, é...*

Luiza: *os que vão pra doação, também vão bastante pro colo.*

Rosa: *é, doação...*

Luiza afirma ter gostado somente da terceira fala, a que nos parece a mais relacionada à idéia de um trabalho envolto em afeto, visto pelo lado do prazer, sem ser gerador de conflito ou sofrimento para quem o desenvolve. A fala a que se refere parece expressar uma certa dubiedade aparente do trato das auxiliares com os bebês, que passa entre o realizar procedimentos dolorosos e o dar afeto. Sendo este afeto muitas vezes relacionado à própria realização de tais procedimentos. Ambos os processos fazem parte da relação com os bebês e envolvem prementemente as auxiliares de corpo inteiro, como se pode ver pela fala de Luiza (“pegar no colo”, “fazer um chamego”), que utiliza expressões concretamente relacionadas com o contato corporal. Podemos perceber aí, novamente, uma aproximação entre o “pegar” e o “apegar”. Luiza diz que pegou um bebê no colo naquele dia *porque* ele já estava há muito tempo internado, ou seja, ela o *pegou* porque *apegou*.

Este afeto fora dos momentos de cuidado foi realmente mais percebido na UI, onde os bebês além de terem maior estabilidade orgânica, também costumam ficar mais tempo do que os da UTI. Em muitos casos os bebês já ganharam peso e estão esperando por cirurgias para receberem altas.

Bastante ilustrativo da dimensão afetivo-relacional do trabalho das auxiliares foi a relação delas com um bebê que iria para adoção. Este caso e seus desdobramentos foram observados por nós ao longo dos dois meses em que realizamos as visitas ao berçário. O bebê sofria de uma cardiopatia grave e havia sido abandonado pela família. O conhecemos na UI em uma das primeiras visitas e foi perceptível a mudança da postura das auxiliares em relação a ele durante este período. Na primeira vez em que o vimos, a auxiliar que cuidava dele queixou-se de que ele chorava o tempo todo, chamando-o de “estressado”, “estressadinho”, porque, segundo ela, a sua mãe ainda não havia aparecido ali. Na visita seguinte, encontramos uma auxiliar segurando-o no colo e dizendo estar fazendo “tia-

Canguru”, ou seja, realizando, mais simbólica do que efetivamente – já que a aplicação da posição Canguru tem regras relativamente rígidas a serem cumpridas para que o método seja eficaz – uma tarefa que seria de sua mãe, caso esta estivesse presente. Esta auxiliar disse que, por saber sobre a história dele, lhe dava mais carinho.

Neste caso, evidencia-se que o “dar” carinho faz, sim, parte do trabalho (invisível) das auxiliares, e, em relação a bebês que não o recebem de parentes, o carinho oferecido é ainda maior por parte destas trabalhadoras.

Ao longo das visitas posteriores, descobrimos que este bebê recebeu também um nome – Daniel⁷³ -, dado pelas próprias auxiliares! Em uma de nossas últimas visitas, o bebê já estava de alta e aguardava apenas a ida, dentro de alguns dias, dos responsáveis de uma instituição de caridade para buscá-lo. Ficamos sabendo que muitas das auxiliares faziam “Canguru” com Daniel, além de se revezarem para levar suas roupas para lavar em suas próprias casas.

Ao receberem a notícia de que ele iria para uma instituição – o que souberam enquanto nós estávamos ali -, as auxiliares mostraram-se preocupadas em como ele seria tratado e como seria o seu futuro. Uma delas falou: “a gente dá carinho, atenção e não sabe o que acontece depois. Parece que tiraram uma coisa nossa”, lembrando um caso semelhante acontecido anteriormente que deixou a equipe muito sentida. E completa a sua preocupação: “com tantas crianças [no abrigo], não devem nem pegar ele [Daniel] no colo, e a gente pegou tanto aqui!”,

Em seguida, as auxiliares começam uma espécie de despedida do bebê, realizando chamegos, como dar-lhe “chupetinha de luva”, pegar no colo, balançá-lo, conversar com ele (“vamos Cangurutar?”, “já tá com fome?”) e rearrumar seu bercinho. As auxiliares parecem tentar compensar a carência da mãe do bebê através de ações que não seriam as mais indicadas terapeuticamente, como o balanço no colo e a chupetinha de luva, por exemplo (“ele tinha que ter chupeta, ele tinha que ter todas essas regalias: chupeta, mamar na xuca,... tadinha da criança!”).

Podemos avaliar que o choro de Daniel, que inicialmente incomodava (bebê “estressado”) conseguiu conquistar as auxiliares, talvez porque estas tiveram que elaborar estratégias para cuidar dele. Ou seja, parece que o trabalho relacional aí desempenhado por elas contribuiu para a possibilidade de efetivação do trabalho dito mais técnico, não se mostrando como esferas dicotômicas da atividade.

Ao permanecer muito tempo no lugar de objeto da prática médica dentro do ambiente hospitalar, o recém-nascido busca capturar os “olhares” e os cuidados da equipe para desenvolver-se subjetivamente (Coser, 2003). Parece-nos que Daniel consegue chamar a

equipe para um investimento afetivo e de desejo bastante forte, sem o qual provavelmente teria dificuldades em se desenvolver e até mesmo obter sua alta.

Segundo a autora (idem, ibidem), o olhar de quem cuida pode ser visto como *holding*, participando da constituição/construção do bebê, dando intencionalidade aos gestos, conferindo vontade e emprestando desejo, capaz de propiciar uma vontade de viver. O *holding* sendo entendido aí como expectativa, asseguramento de uma existência — no sentido de proteger, favorecer, auxiliar um corpo em sofrimento (p. 16).

Por outro lado, de acordo com a visão da autora, os profissionais realizam este investimento sem ter total consciência do que fazem e da importância disto para os seus clientes. Coser (idem) presume que, se os profissionais soubessem e pensassem de forma racional acerca dessas possibilidades, e também desse lugar que ocupam, de toda a potência que ele evoca, eles provavelmente não teriam condições de tratar e cuidar, e de auxiliar o desenvolvimento das “marcas fundantes do sujeito simbólico”. Assim, “os profissionais vêem um bebê possível naquele problema médico que, à sua frente, se apresenta, em cada criança que recebem” (idem, ibidem, p. 13).

Ao estudar o desenvolvimento subjetivo (para além do crescimento físico) de prematuros em uma unidade de cuidados neonatais, Coser (1991) observou manifestações muito claras de afeto dos profissionais, principalmente da enfermagem, em relação aos bebês. No entanto, percebeu-se que estas atitudes são inconstantes e muito dependentes de uma postura pessoal de determinados trabalhadores, em vez ser fruto de “uma compreensão plena a nível profissional dos processos que se dão numa UTI neonatal e as repercussões sobre os bebês” (p. 97).

Coser (idem, ibidem) questiona se, com isso, os profissionais não estariam se defendendo de possíveis envolvimento que poderiam acarretar grandes frustrações ao saberem que teriam que se desligar dos bebês, a partir de sua morte ou alta. Ela entende que os profissionais tenderiam a manter uma distância estratégica dos bebês para se protegerem da dor de sua perda.

Entendemos que, além de um certo “custo psicossomático” da demonstração de afeto aos bebês, sua dificuldade também é trazida pela baixa valorização social e simbólica do trabalho de tipo *maternal*, ou melhor, *relacional*. Ou seja, de maior proximidade e contato físico, aquele que fica a cargo dos profissionais de mais baixo nível hierárquico no espaço hospitalar e na própria sociedade. Neste sentido, podemos falar de uma invisibilidade, histórica e socialmente produzida, que contribui para não se considerar como parte do trabalho, da profissionalidade e da própria terapêutica hospitalar, os seus aspectos menos obviamente ligados às técnicas biomédicas.

Parece-nos que o cuidado em saúde mantém muitas vezes os seus aspectos relacional (associado ao “cuidado”) e técnico (ligado ao “curativo”) separados e quase sem interferência de um sobre o outro. Na escala de valores presente no trabalho hospitalar, o aspecto técnico é um critério de valorização da profissão e está ligado às dimensões formais e técnicas do tratamento (Ferreira, 2005). Por sua vez, o aspecto relacional implica valores que apresentam uma “conotação doméstica”, tais como cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção e fica a cargo do pessoal mais abaixo na escala hierárquica (enfermeiros e auxiliares) (idem, p.115).

Voltando às falas sobre a relação com os bebês, pudemos observar que as auxiliares se vêem, em alguns momentos, não apenas fazendo um trabalho similar ao maternal, mas realmente substituindo as mães, quando estas não estão presentes, com seu carinho e apego (“peguei até a mãe chegar”; “os que vão pra doação, também vão bastante pro colo”).

Ao perguntarmos a Beatriz sobre a sua questão com a UI, ela procura separar o aspecto doméstico-maternal do trabalho e o aspecto técnico *stritu senso*, chamando a atenção do quanto a identificação com as mães dos bebês a incomoda, o que ela acredita acontecer também pelo fato de ainda não ser mãe. Vemos aí como a história de cada um (e de seu corpo) e suas dramáticas de uso de si se mobilizam de formas distintas – de acordo com as particularidades da história de cada “corpo-si” - no encontro com as arbitragens colocadas pela atividade atravessada pela história/ patrimônio construída pelo coletivo de trabalho. A seguir, alguns trechos da conversa com Beatriz:

“Letícia: Beatriz você disse que essa frase, você sempre fala isso, né, mas em que sentido, assim?”

Beatriz: do tipo de trabalho da UI.

Letícia: mas isso pra você é uma coisa boa ou ruim?”

Beatriz: ah, eu não sou mãe ainda, não gosto muito não, por isso que eu prefiro a UTI.

Letícia: vocês acham que pra quem já é mãe isso é diferente...?”

Beatriz: porque uma coisa é ficar com uma criança só, mas lá elas ainda ficam às vezes com mais do que a gente na UTI, então imagina você ter que fazer isso com um montão. Eu acho que eu..., eu, pelo menos nos dois dias que eu fiquei lá eu fiquei mal. Fiquei pensando até em pedir exoneração.

(...)

Letícia: mas “mal”, em que sentido?”

Beatriz: ai, achei chato. Chato assim, cuidar de bebê é legal, mas se você for pensar assim: “pôxa é o meu trabalho, será que eu vou agüentar ficar dando esses copinhos aqui?”

(...)

Luiza: muito copinho... (rs)

Beatriz: ai, eu não posso nem lembrar (rs), no primeiro dia: “doze horas aqui dentro!”, aí, eu olhava assim: “não vou agüentar, não vou agüentar” porque não tem muita, assim, técnica de enfermagem, entendeu? Por isso

que eu acho que você parece mãe, só que mãe de um monte. (...) Porque [a UTI] tem mais a ver com a enfermagem do que lá [UI], não que lá não tenha, até porque quando os bebês saem da UTI às vezes vai, continuam com a medicação, e às vezes tem uns que ainda não estão tão bem, mas aos pouquinhos, eles vão melhorando e vai ficando tipo uma babá, sei lá uma coisa assim”

Beatriz chama a atenção para o fato de que o problema não é apenas o trabalho na UI parecer trabalho de mãe, mas, pior do que isso, o de “mãe de um monte”. Com isso, ela ressalta a precariedade das condições de trabalho representada, entre outras coisas, pela inadequação entre o número de auxiliares e o de pacientes a serem cuidados. Esta inadequação acaba por gerar situações como um acúmulo muito grande de atividades de rotina a serem feitas em muitos bebês por poucas pessoas, como a grande quantidade de dietas administradas pelo tão citado “copinho”, por exemplo.

A auxiliar separa as esferas da “técnica de enfermagem” e a dos cuidados mais maternos e chega a dizer que pensar essas tarefas como sendo o seu trabalho (“pôxa, é o meu trabalho”) lhe deixa “mal”. Podemos perceber aí o quanto a “crise de competência” e a falta de valorização técnico-científica da enfermagem é uma forte marca deste campo profissional (Moreira, 1999).

Outro aspecto interessante é que as auxiliares falam dos setores tendo como referência inicial a UTI, e localizando a UI como “lá” ou “do outro lado”. Assim, confirma-se a centralidade da UTI como espaço privilegiado das técnicas mais avançadas e complexas e da maior importância em termos de valorização dos diversos profissionais que lá atuam.

Para Luiza, o fato de as atividades realizadas na UI parecerem trabalho de mãe e de babá, não a incomoda, pelo contrário, afirma que isto para ela é motivo de satisfação no trabalho.

“Leticia: o que você acha Luiza?

Luiza: eu gosto do outro lado [UI]

Leticia: e você acha que parece mesmo com uma babá?

Luiza: parece, eu gosto, nem ligo...”

3.3.6.2 - A interação com os bebês e a formação de ECRP

A segunda frase exposta (“pára de bobice, pára de ridiculice”) foi ouvida durante uma visita no momento em que uma auxiliar cuidava de uma criança em um plantão noturno. A fala de início foi criticada por Iracema e Luiza. No diálogo a seguir, peço que elas comentem novamente a frase e Isabel e Rosa expõem outros pontos de vista:

“Letícia: (...) Você acham que... existe isso de chegar e conversar, falar com o bebê e criar palavras? inventar palavras pra falar com os bebês?

Isabel: a gente acaba conversando...

Luiza: mas não com essas palavras aí: “pára de bobice...”

Letícia: mas vocês criam outras palavras?

Rosa: ah eu... não vi nada de mais no bobice também... (...) na hora que ta saturando: “ah, deixa de bobeira!”

(...)

Letícia: e isso acontece?

Isabel: acontece, a gente brinca, conversa, né... com as crianças.

Letícia: e em que situações que vocês brincam mais e conversam mais?

Isabel: quando ta com tempo!

(rs)

Rosa: no plantão passado, eu cheguei na UTI...

*Isabel: quando ela ta **chorando muito**...principalmente*

*Rosa: ... aí tinha sobrado lá pra mim, né que fui a ultima a chegar, o lado péssimo, né, que tem aquela criança lá, acho que é [filho de] Amanda, né, aquele escurinho, né (...) aí eu falei “ah meu deus do céu, foi essa **coisa linda, rica, maravilhosa, que sobrou pra mim**” falei assim: “olha só neném, hoje é a tia Rosa que ta aqui” – porque eu trabalhei em creche, né e lá se fala muito ‘tia’, né, ‘tia Rosa que ta aqui, vai cuidar de você, por favor, **olha o comportamento aí, hein**’ que ele não pode às vezes nem trocar a fralda, né, que ele dissatura, né (...) “por favor, não dissatura!”. Quando a minha colega chegou e foi pesar ele, ih, aí ele deu um chiado assim, alto, né, aí a menina chamou a doutora e foi estubado, aí fui pegar material, sabe...(...) aí eu falei **‘pôxa vida você não me ouviu, né?!’** (rs)”*

Algumas pistas importantes para a compreensão da atividade das auxiliares puderam apresentar-se a partir destas falas:

- a conversa com os bebês parece ser instrumento de trabalho para quem lida com eles diretamente. A vontade de entrar em contato, seja através do pegar no colo, ou do diálogo verbal com os bebês parece existir, mas ficar dificultada pela falta do tempo. Assim, essas interações acabam se concentrando nos momentos de intervenção para a realização de procedimentos e servindo como auxiliador destes processos, na medida em que ao dirigirem a atenção, através da fala, aos pacientes, eles podem colaborar melhor para o trabalho de quem deles cuida.

Neste sentido, estes pequenos clientes situam-se também como co-produtores de uma relação de serviço e formam “entidades coletivas relativamente pertinentes” com as auxiliares durante a realização de seus cuidados. Tais ECRP são detectáveis, por exemplo, a partir da linguagem utilizada pelas auxiliares que procuram se aproximar do modo de falar infantil. O próprio conteúdo da conversa relatada por Rosa também expressa a construção de uma ECRP, ao se demonstrar voltado específica e instrumentalmente para as ações de trabalho a serem realizadas e que precisam da colaboração e, neste sentido, co-

produção do bebê internado (“tia Rosa que ta aqui, vai cuidar de você, por favor, olha o comportamento aí, hein!”; “pôxa vida você não me ouviu, né?!”).

- a falta de tempo para interagir com os bebês parece ter a ver com o fato de que a organização do trabalho hospitalar, notadamente através de seus constrangimentos temporais, tende a passar a “humanização” dos cuidados para um segundo plano com relação às dimensões técnicas do trabalho (Molinier, 2004, p. 19). No entanto, percebemos que existe entre as auxiliares com quem conversamos durante as visitas e os encontros, uma preocupação em unir um bom trabalho técnico com o oferecimento de atenção mais relacionada à afetividade. Neste sentido, concordamos com Molinier ao afirmar que a instrumentalização da atividade de enfermagem é vivida como insatisfatória do ponto de vista dos valores, do sentido da profissão e que, entre estas profissionais, “trabalhar bem é construir o melhor compromisso entre eficácia técnica e compaixão” (idem, p. 19).

- o choro do bebê também é um fator desencadeador de algum tipo de diálogo com ele, conforme relatado por Isabel (“quando ela [a criança] tá chorando muito... principalmente”) e observado inúmeras vezes durante as visitas ao berçário. Entendemos que esta reação pode ter a ver com a compreensão de Molinier (2004), para quem a confrontação com o sofrimento do outro é a fonte de um sofrimento específico: a compaixão (o *sofrer com*). Porém, na confrontação dos cuidadores com os doentes, não é a compaixão que está em primeiro plano, mas os comportamentos de recusa. A autora explica que a compaixão é um processo psíquico desencadeado pela obrigação determinada pelo confronto com os doentes, mesmo quando não se tem vontade, e que só se elabora graças a um grande esforço coletivo. Assim, este “sofrer com” é fruto de uma construção social.

3.3.6.3- Os diferentes toques sentidos pelos bebês

Durante algumas visitas, as auxiliares contaram sobre como os bebês costumavam reagir de forma “estressada” ao toque delas, diferentemente do das mães. Falavam que os pacientes associam o modo delas de tocá-los à dor e, muitas vezes, choram antes mesmo de o procedimento ser feito. As trabalhadoras descreveram algumas estratégias de que lançam mão para amenizar o sofrimento do bebê desde o início do contato com a sua pele. Um exemplo contado durante uma visita foi o de aquecer o termômetro antes de medir a temperatura, para este não entrar em choque com a pele quente do bebê. Outros puderam ser expressos durante o diálogo a seguir, ocorrido durante este encontro:

“Letícia: e em relação ao toque, também tinha uma outra fala que a gente não trouxe que falava que os bebês percebem quando é o toque da gente e quando é o toque da mãe, que o bebê reage de uma forma diferente... (concordam dizendo “é...”)

(...)

Rosa: sem dúvida...

Iracema: com certeza! se você pegar no braço do neném ele já começa a chorar.

Rosa: ele já começa... é

(varias falam ao mesmo tempo, concordando)

Letícia: tem alguma coisa que vocês fazem, assim, pra dar uma amenizada?

Iracema: umas gotinhas de glicose, que já falaram que terapêuticamente acalma, né.

Isabel: e enrolar a criança, né

Luiza: uns dois minutos antes de manipular

Isabel: bota o dedinho, faz uma chupetinha...

Luiza: e isso é verdade mesmo gente, se der glicose, ele fica quietinho.

?: um docinho na boca...

Iracema: faz uma contenção⁷⁴ nele, deixa ele ...”

Entre as estratégias relatadas pelas participantes, destacam-se as “gotinhas de glicose”, que elas citam como uma recomendação externa (“que já falaram que terapêuticamente acalma”) testada na prática com resultado satisfatório (“**e isso é verdade mesmo gente**, se der glicose, ele fica quietinho”). Outra estratégia citada e mais bem discutida em encontros posteriores foi a da chupetinha de luva, feita por elas e não recomendada “terapêuticamente”, a qual observamos associada às gotinhas de glicose.

3.3.7- Relação com as enfermeiras: fragilidade na construção de ECRP

O diálogo a seguir expressa as dificuldades na formação de ECRP envolvendo auxiliares e enfermeiras:

“Letícia: que tipo de trabalho vocês fazem junto mesmo com elas, assim, além dessa coisa da escala, de combinar o horário...? Existem momentos do trabalho em que vocês atuam junto com a enfermeira?

?: festinha

(rs)

Beatriz: às vezes tem um atendimento (...)

Rosa: também, puncionar, quando a gente não consegue veia....

Letícia: é comum isso?

Beatriz: na maior parte do tempo, você faz tudo sozinha, o que elas têm que fazer elas também fazem sozinhas.

*Iracema: por exemplo, assim, aspirar tubo, deveria ser uma coisa **em dupla né**, o correto deveria ser em dupla, mas, como no serviço público você tem que aprender a se virar, **as enfermeiras** aspiram sozinhas, entendeu, mas o **correto** seria o auxiliar, né, ajudar na aspiração”.*

Notamos que, afora as dificuldades de relacionamento decorrentes das questões hierárquicas envolvendo principalmente as decisões de escalas de horário e conflito de espaço de atuação entre as diferentes categorias da enfermagem, as condições dadas “no serviço público” não contribuem para a formação de ECRP entre elas. Tais condições, precarizadas, ao contrário, colaboram para um isolamento em tarefas específicas e pouca troca entre as profissionais que, em teoria, têm funções afins e passíveis de colaboração e co-produção.

3.3.8. Relação com a hierarquia: a demanda por uma avaliação do trabalho

Este encontro, que teve o segundo maior tempo de duração (só não sendo mais extenso do que o encontro de fechamento), ultrapassou em trinta minutos o horário de administração das dietas (das 15h) e teve um final bastante alvoroçado, principalmente a partir de uma fala de Luiza sobre este último tópico debatido.

A partir da realização de estudos sobre o trabalho hospitalar, Osório-da-Silva (2002) destaca, entre outras características do hospital, a sua estrutura excessivamente vertical, estabelecida através de linhas hierárquicas múltiplas, com chefias organizadas por categoria profissional. Esta estrutura parece ser quase inabalável e define os espaços de atuação e os limites de autoridade de cada categoria profissional.

Para conversarmos sobre a “relação com a hierarquia”, colocamos uma frase explicitamente relacionada com o problema do reconhecimento e da valorização do trabalho “auxiliar” (“se a gente faz 99% das coisas muito bem feitas, é o 1% errado que é lembrado. Chamar a atenção é comum, elogiar é raríssimo”). As auxiliares falaram, quase unanimemente, que não se sentem reconhecidas ao fazerem um trabalho bem feito, percebendo que há uma valorização dos erros cometidos, em vez dos acertos (“você pode fazer, trabalhar bonito o ano inteiro...”; “pode fazer tudo lindo, lindo, se fizer alguma coisa erradinha, hummm”)

Beatriz chegou a comentar que já ouviu a equipe deste plantão específico ser elogiada, mas suas colegas disseram que nunca ouviram isso por elas próprias e que, inclusive, não podem nem esperar elogio “porque não vem mesmo”.

“Letícia: e vocês têm espaço pra ta dialogando com a hierarquia sobre os problemas que acontecem? Sobre a necessidade de mudança de algum procedimento ou algum tipo de funcionamento...? vocês têm espaço pra levar isso pra eles?”

Luiza: quando tem um problema eles marcam uma reunião, problema deles!

Letícia: (...) existe o contrário, de vocês sugerirem marcar uma reunião?

Iracema: *não, nós nunca pedimos reunião.*

Luiza: *só eles que pedem, quando pega mais pro ladinho deles...*

Letícia: *mas também vocês nunca pediram? (3'') Nunca sentiram essa necessidade?*

(3'')

Iracema: *pois é, eu acho que é também porque você sente que não vai mudar, entendeu?*

Letícia: *e o que você acha que tinha que mudar, por exemplo, nesse sentido?*

(5'')

Iracema: *com relação a que?*

Letícia: *alguma coisa que uma conversa com a chefia poderia ser útil, pra mudar o que?*

(4')

Iracema: *é justamente a questão..., eu acho assim, o pessoal que tem formação superior, o enfermeiro..., se colocam assim numa posição muito..., entendeu? É como se o auxiliar não tivesse direito de reclamar, mas a gente reclama assim mesmo*".

Depois de vários silêncios entremeados pelas nossas perguntas, Iracema fala dos conflitos e silenciamentos produzidos pela divisão do trabalho hospitalar, pautada na tentativa de separação radical entre trabalho intelectual (científico) e manual (da experiência), mesmo se para expressar isso precisa usar de um entendimento implícito ("se colocam assim numa posição muito...").

A fala de Iracema pareceu ser o impulso de coragem e a injeção de ânimo em Luiza para que ela colocasse na roda um problema que teve com a direção do hospital. Falar disso parece tê-la mobilizado profundamente e, talvez por isso, tenha surgido apenas no final do encontro. Esta mobilização parece ter a ver, entre outras coisas, com o fato de se arriscar frente ao coletivo na discussão de uma questão que, sendo mexida, poderia gerar conflitos internamente a esse grupo ou mesmo colocar em palavras (e, portanto, publicizar) conflitos pouco explícitos e discutidos entre elas, apesar de existentes.

Luiza fala de algo que, na verdade já vinha se esboçando desde o início deste encontro ("agora, quem fica nos dois [setores], que não liga, aí fica nesse vai-e-vem..., né?") e que só neste momento pôde ser expresso com um pouco mais de clareza, apesar do caráter explosivo e ainda confuso de sua colocação. Em encontro posterior, a própria auxiliar explicou, já com mais calma o que gerou a situação relatada a seguir.

“Luiza (muito mobilizada e falando alto): *é assim ó, eu fiz um negócio aqui, aconteceu um negócio comigo, aí eu fui pra direção, mandaram eu ir pra direção, fui pra direção, expus o meu problema, não foi resolvido, a chefe me chamou: ‘você está errada’, aí eu: ‘ta, eu to errada, uma parte to errada, eu assumi’, ‘você sabia que você poderia..., que eu ia fazer uma advertência por escrito?’ aí, eu falei pra ela: ‘mas eu poderia ir na*

*prefeitura ver meus deveres e meus direitos’, eu também posso ir na prefeitura ver se eu tinha direito a isso, eu não achei justo o meu problema. Aí ela falou: ‘mas isso não ia dar em nada...’ (2”). Entendeu? Então eles já te põem com o pé atrás de que você vai correr atrás e não vai resolver, mas na hora de chegar e falar ‘eu ia te dar uma advertência por causa disso’, **não quer nem saber porque, mas ia dar uma advertência por escrito?! Foi isso que ela me respondeu, então eu ia na prefeitura também pra ver quê que eu poderia fazer. Não pode um enfermeiro impor, mandar você pra um lugar que você não sabe e você tem que ir, se eu não to treinada, aí ela falou que ia me dar uma advertência, **por escrito**. Aí eu falei pra ela que eu ia na prefeitura também, to errada?***

Iracema: *todo mundo tem direito a escolher, né?*

Luiza: *Nunca ninguém me chamou ali dentro pra me elogiar. Foi o que eu falei pra ela, por quê que eu vou em todos os setores? será que eu to ruim ou será que eu to boa? (as colegas concordam: ‘é’), falei pra ela (gritando muito!) **porque cada dia eu to num lugar, eu quero saber, ou eu não sirvo pra nenhum ou eu sirvo pra todos!**”*

Luiza falava sobre o fato de ter se recusado a atuar no setor de material, por não se sentir segura em relação ao treinamento recebido para tal. Notamos aí que a sua queixa é um claro pedido de treinamento e de avaliação de seu trabalho (“eu quero saber”), especialmente quando diz que quem estava lhe ameaçando fazer uma advertência nem sequer queria saber o motivo exato do problema (“não quer nem saber porque, mas ia dar uma advertência por escrito?!”). Aqui a invisibilidade do trabalho desenvolvido por estas profissionais mostra-se extremamente geradora de uma situação de fragilidade da saúde, que Canguilhem (2002) aponta como sendo uma “margem de segurança” para a gestão dos riscos.

Lembramos também que, conforme aponta a Psicodinâmica do Trabalho, a construção da identidade⁷⁵ (Sznelwar & Uchida, 2004, p. 90) no trabalho passa pelo julgamento e reconhecimento do outro. Este julgamento passa, inicialmente pelo *fazer*, mas como ele é fruto da experiência e de uma longa construção histórica na vida do sujeito, quando se julga o seu *fazer*, está se avaliando indiretamente também o seu *ser* (“não sei se eu to boa, ou se eu to ruim”). Neste sentido, os autores sinalizam que a *invisibilidade* impossibilita o reconhecimento e o sujeito corre o risco do anonimato e da perda de identidade, que no limite ameaça sua saúde psíquica (idem, ibidem, p. 90).

Entendemos que esta falta de avaliação está posta tanto no aparente pouco cuidado em relação ao treinamento oferecido às auxiliares, bem como na falta de clareza (e de justiça) sobre os critérios de divisão das trabalhadoras por setores, como já discutimos anteriormente ao falarmos sobre a questão da autonomia no trabalho destas profissionais.

Na continuação de sua fala, Luiza expressa o quanto a cooperação com as colegas fica prejudicada pela falta de um clima de respeito e de transparência no julgamento do

fazer (Sznelwar & Uchida, 2004, p. 90), que interfere justamente na construção do coletivo de trabalho, individualizando as questões e o sofrimento gerado por estas.

“Letícia: mas, por exemplo, isso é um caso seu, sozinha, que deu um problema, mas se é uma situação que é um problema pra todo o grupo...”

Luiza: não, mas é uma situação de todo mundo!

Letícia: é, mas você foi falar sozinha...

*Luiza (gritando): mas como eu abri o meu **bocão**, **todo mundo ta bem onde ta, porque a prejudicada era eu, eu que to sendo prejudicada, ninguém abre o bocão, mas eu abri!** (...) até falou: “você tem um bocão...” eu tenho... (...) (gritando): **aí eu abri meu bocão, ta todo mundo contra mim!***

(...)

Iracema: todo mundo o quê?

Letícia: as colegas?

Iracema: não!

Luiza: a maioria!

Iracema: as colegas de trabalho?

Luiza: é.

(Todas falam ao mesmo tempo em alvoroço)

Rosa: mas aí (...) vai ter que mudar, ela abriu a boca, vai ter que mudar algumas coisas...

Luiza: vai ter que mudar tudo... (...) aí tem gente que não sai de um lugar e já não gosta, porque vai ter que mudar!

Isabel: porque vai mexer, né?

Luiza: é

Isabel: vai ter que mexer.

(...)

*Luiza (gritando): **por que que quando uma fala que não vai, não vai, ela não foi, por que comigo me manda pra direção e aquela outra não mandou?!** (Rosa fala ao mesmo tempo, concordando)”*

Neste momento, suas colegas foram praticamente convocadas a se justificar, pois, algumas destas possivelmente fazem parte do grupo das que “não saem de um lugar”, ou seja, não passam por todos os setores do berçário. Sua colocação, arriscada e corajosa frente às outras, pareceu fruto de um processo, de “mudar” e de “mexer”, possibilitado pelos diálogos desenvolvidos pela “comunidade ampliada de pesquisa” que aí foi se construindo.

“Beatriz: olha só, eu penso o seguinte: eu não gosto de ficar na UI, mas se eu tiver que ficar na UI, eu vou ficar e eu vou saber trabalhar independente de eu não gostar, agora, se me botarem no material eu não vou fazer nada, porque eu não sei como é que eu tenho que proceder! Então, existe diferença, eu penso assim né, existe uma diferença muito grande, entre você sair daqui da UTI pra UI e você ficar no material, porque não é só você chegar ali e botar luva, fralda e seringa e agulha, existe muitas outras coisas, de limpar e de solução, entendeu, que cê tem que saber fazer, processar, horário de funcionamento das coisas... e uma pessoa... você bota

ali a pessoa num dia, sem ninguém te passar. Como é que você vai saber? Então existe uma diferença muito grande.
Iracema: *eu não me recuso a trabalho nenhum, agora desde que me treine.*
Luiza (gritando): *foi o que eu falei, me treinaram num dia e me botaram num lugar pra ficar o dia inteiro, que eu vou fazer?*”

Sobre essa discussão podemos concluir que o sofrimento e a “briga” colocados por Luiza e, neste momento, traduzidos ao grupo por Beatriz, remetem, na verdade, a um “sofrimento” *do ofício* destas trabalhadoras. Assim, ser levada a trabalhar em um setor com o qual elas não identificam como sendo de sua profissão/ formação (“existe uma diferença muito grande, entre você sair daqui da UTI pra UI e você ficar no material”) e para o qual não estão recebendo recursos satisfatórios de aprendizado, fere diretamente o cerne do ofício destas trabalhadoras.

3.4- Encontro III: A organização do trabalho na Unidade Neonatal

Este encontro teve como tema a organização do trabalho no berçário. Para provocar as discussões, apresentamos algumas noções teóricas acerca da defasagem existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, procurando ressaltar as renormatizações das auxiliares frente às prescrições e suas insuficiências. Esta temática foi abordada a partir da retomada de assuntos debatidos em outros encontros e da exposição de falas, tanto das visitas, como dos encontros anteriores. O tema deste encontro foi dividido entre os seguintes tópicos:

I - Relação de serviço com as mães;

II - A questão do reconhecimento (no plantão noturno e na situação relatada por Luiza no encontro II);

III - Gestão do trabalho e transgressões;

IV - Regras do trabalho.

A reunião durou cerca de uma hora e teve a participação de quatro auxiliares (Iracema, Luiza, Isabel e Madalena), sendo uma delas estreada no grupo: Madalena. A presença desta auxiliar marcou profundamente o encontro do início ao fim. Em conversa durante uma visita (ver nota de rodapé no. 49, dentro do tópico 3.2.1), ela havia demonstrado enorme descontentamento com relação a diversos aspectos que poderíamos entender como parte da “organização do trabalho” no berçário, da própria categoria/profissão “da enfermagem” e do fato de ser “A-U-X” (auxiliar de enfermagem).

Durante este encontro, a fala de Madalena predominou sobre a de suas colegas e parecia mesmo direcioná-las. O estilo falante e audaz de expor suas opiniões pôde ser constatado também quando ela mesma disse: “vocês me chamaram pra reunião! (rs)” e Luiza comentou: “quando não vem a Joana, chama a Madalena (rs)”, no sentido de que ambas seriam “brigonas” e expressivas, o popular “sem papas na língua”. Talvez Madalena tenha falado mais do que as outras também porque estava participando pela primeira vez e tinha um acúmulo de questões para expressar, enquanto as demais estavam presentes no último (caso de Isabel) e nos três últimos encontros (Iracema e Luiza).

Antes de iniciarmos a gravação, perguntamos a elas se estavam conseguindo conversar com as colegas sobre as discussões que estávamos fazendo nos encontros. Iracema disse que não estava conversando porque estava percebendo desinteresse por parte das colegas ao chamá-las para participar dos encontros. As auxiliares falaram que as pessoas não se interessam por nada além de ir até lá e cumprir suas obrigações. Iracema disse: “a cabeça das pessoas é complicada” e Madalena: “se pudessem, nem trabalhar viriam”.

No entanto, o interessante é que cerca de metade das auxiliares deste plantão participaram pelo menos uma vez dos encontros e, como Madalena mesma apontou, ela própria havia sido chamada para o grupo pelas suas colegas. Assim, parece-nos que, mesmo com certa dificuldade, resistência ou indisposição das auxiliares do berçário em participar dos encontros, houve algum tipo de circulação de informações sobre o que estava acontecendo no decorrer da pesquisa e de interesse em falar sobre o trabalho. Luiza foi uma delas que sempre nos dizia que havia “pego” colegas para participar dos encontros, nos fazendo acreditar ser a rede construída entre elas mais responsável por incentivar a participação nas reuniões, do que os nossos convites durante as visitas e ao chegar ao hospital para os encontros.

As auxiliares ainda comentaram que outras colegas (dentre elas, Beatriz) queriam ir ao grupo, mas não podiam porque a chefe da enfermagem do berçário as havia chamado para uma reunião sobre a questão do trabalho no setor de material no mesmo horário do grupo. Assim, o número de auxiliares disponíveis para participar deste encontro ficou menor do que os anteriores.

Iracema foi a segunda a se expressar mais neste encontro. Isabel teve a mesma postura do encontro anterior de complementar a frase das outras com algumas palavras e falando baixo e poucas vezes. Luiza falou menos que no encontro anterior.

3.4.1- Sobre o trabalho com as mães: outras dimensões das dramáticas da atividade

Ao colocarmos o primeiro enunciado (“eu achava que a mãe teria que ser orientada de que tem que fazer de tudo lá em cima”), relacionado ao tópico I e dito no encontro anterior por Isabel, Madalena já inicia sua participação tentando entender o contexto da fala e abrindo o debate sobre o trabalho com as mães na Unidade Canguru, já bastante discutido no encontro II.

A discussão rendeu cerca de quinze minutos e girou entorno da forma (não adequada) como as mães realizam o método e sobre as diversas situações complicadas e incômodas que as auxiliares passam com elas. Entendemos que aí, as auxiliares fizeram uso da idéia de organização do trabalho prescrita e real, ao afirmarem que a *proposta* de funcionamento da Unidade Canguru (prescrição) é uma e a sua *efetivação* (atividade real) é outra, muito distinta e muito aquém do que propõe o método:

*“Madalena: ... a proposta é elas [as mães dos bebês] subirem e **cuidar da criança...**, entendeu? **Ter aquele vínculo com a criança...**, fazer tudo com a criança, porque quando elas forem pra casa elas não vão ter uma auxiliar de enfermagem ali, a tempo e à hora, e em casa ela vai ter que fazer todas*

as coisas dela e **ainda** cuidar das... da criança. E aqui embaixo elas têm essa coisa de ficar com a criança no Canguru, pra criança ganhar peso..., elas são orientadas pra tudo isso. Só que quando sobem... esquecem tuuuudo que foi falado aqui embaixo, aí não querem...

Isabel: é...

Madalena: aí, não querem..., lá em cima nem no Canguru quer botar...

(...)

Isabel: sabe o que eu acho? É que, assim..., aqui embaixo, assim, tem a gente pra poder..., ta mais em contato com a gente pra poder ajudá-la, né - qualquer coisa a gente ta aqui pra ajudar -, mas chega lá em cima, é a hora que a criança precisa **mais da mãe**, aí ela..., em vez de se juntar, não, separa.”

A partir deste diálogo inicial, podemos perceber que a distância entre o trabalho prescrito (normas do Ministério da Saúde sobre a aplicação do método Canguru e as regras internas do hospital, por exemplo) e o trabalho real na unidade Canguru parece se basear em, pelo menos dois fatores:

1 - A questão do “aqui embaixo” e do “lá em cima”, relacionada, como já falamos, à pirâmide hierárquica reinante no âmbito hospitalar. Deste modo, no andar acima do território delas se situa uma unidade que tem grande importância para o status do hospital⁷⁶, em que as usuárias do serviço são selecionadas para participarem de uma tecnologia (relacional) de ponta e onde as auxiliares ficam isoladas de seu coletivo. Assim, esta unidade parece ser vista por elas como um local em que, devido à grande aproximação e convivência com as mães, acabam perdendo um certo domínio que possuíam sobre estas no quarto andar e com as quais têm dificuldade de formar coletivos de trabalho neste setor.

Isabel usa a expressão “em vez de se *juntar*, não, separa”, mostrando que o método - que prevê justamente uma “junção” de mãe e bebê praticamente 24 horas por dia nessa fase - não está sendo cumprido e, longe disso, parece haver a perda do próprio sentido da existência de um espaço específico para ele e do investimento dos profissionais para atuarem ali.

Na fala a seguir pudemos notar uma inversão das regras do jogo da relação entre as auxiliares e as mães no quarto andar e na Unidade Canguru. Enquanto, “embaixo” as mães cobram das auxiliares os cuidados a seus filhos, “em cima” as mães é que são cobradas a realizá-los:

“[as mães] **ficam mais** [tempo no quarto andar] porque querem cobrar da gente. (Faz voz infantilizada irônica): aí, tão ali: “ai, porque a fraldinha ta suja até agora”. **Quando chega lá em cima, que ela vai ter que trocar a fralda, você tem que** ficar: “mãezinha, ó essa fralda já ta cheia, tem cocô...” (Madalena)

Iracema acredita que, por mais que as auxiliares dêem orientação e treinem as mães desde o quarto andar (“aqui embaixo”) para estas cuidarem de seus filhos na Unidade Canguru, a atenção e a importância dada a elas pelas clientes é bem menos expressiva do que aquela dada por uma voz que venha “hierarquicamente de cima”:

“Madalena: aqui embaixo a gente expõe: ‘ó, mãezinha, troca a fraldinha...’

Iracema: mas é uma coisa do auxiliar para a mãe...

?: é

?: é

Iracema: eu acho que talvez se tivesse, assim, uma coisa que partisse hierarquicamente de cima, o médico chegasse pra mãe: ‘olha, seu filho vai ficar no Canguru, lá you vai ter que cuidar..., é a fase que você vai ta aprendendo como lidar com o seu filho, é importante pra ele que você coloque no Canguru’, né... eu acho que falta assim...”

2 - Observamos também que, na verdade, as auxiliares sentem-se incomodadas em trabalhar naquele setor devido a um forte embate de valores contraditórios. Nos trechos seguintes o Canguru aparece literalmente como um *negócio*, como um serviço que tem como parâmetro primordial, não o valor da saúde dos bebês e suas mães, ou de um trabalho bem desenvolvido e com um belo resultado, mas valores quantificáveis, com pouca conexão com as minúcias da atividade. Sua existência e funcionamento seriam fruto de um interesse financeiro e/ ou de status sobre a execução do programa no Hospital. Assim, estaria aí fortemente presente o que Schwartz (2005) chama de uma desconexão da *gestão do trabalho* em relação ao *trabalho como gestão*, gerando debates de normas, às vezes críticos. Estes debates de normas críticos parecem os descritos pelas auxiliares, responsáveis por grande parte da colocação em prática do Método Canguru.

“Madalena: falta..., porque o negócio é botar no Canguru, o Canguru ta cheio...

Luiza: “vai pro Canguru...”

(...)

Letícia: e vocês acham que existe alguma coisa na organização do trabalho que, se mudasse, melhoraria esse tipo de situação em relação às mães?

Luiza: fechar o Canguru! (risos)

Madalena: fechar o Canguru, acabar com aquele Canguru. Que aquele Canguru é só pra render grana pra certas pessoas...

(rs)

Madalena: vocês me chamaram pra reunião! (rs) Canguru é só pra maternidade ganhar o título de amigão da criaaança...

Luiza: quando não vem a Joana, chama a Madalena!

(rs)

Madalena: e pro fulano e o cicrano ganharem seis mil reais por mês do governo federal... é só pra isso que serve o Canguru e pra estressar...,

tirar uma daqui de baixo e ficar lá em cima pajeando aquele monte de mãe que não quer nada!

Luiza: *às vezes tem uma só.*

Iracema: *a verdade é que ninguém gosta do Canguru”.*

Outra pista para se compreender a questão do debate de valores, aparece na frase (“aquele Canguru é só pra render grana pra certas pessoas...”). Note-se que Madalena fala aí de um “Canguru” específico (“aquele”), distante da atividade delas, da possibilidade delas em fazer do meio de trabalho o *seu* meio de trabalho. Tanto que, nos moldes em que se apresenta, só haveria a possibilidade de se “fechar o Canguru”, “acabar com aquele Canguru” é como se uma reconstrução completa devesse se dar. É como se elas não o vissem como um local de trabalho apropriado por elas, diferente do berçário no quarto andar, que é tomado como referência, como um espaço em que seu coletivo realiza um trabalho do qual podem se orgulhar (“e pra estressar..., tirar uma daqui de baixo e ficar lá em cima pajeando aquele monte de mãe que não quer nada!”).

As auxiliares dizem que é raro alguma mãe seguir corretamente as instruções sobre a posição Canguru e aos cuidados de seu filho - como dar banho, por exemplo -, ao se internarem na Unidade Canguru. Nas falas a seguir ressaltam a discrepância entre o projeto do Canguru e a prática de sua realização:

“Madalena: *mas ninguém faz [a posição Canguru], não faz nem uma hora!*

Luiza: *não faz!*

Madalena: *Aqui embaixo, faziam quatro [horas]⁷⁷ ...*

(...)

Iracema: *é complicado...*

Madalena: *é muuuito complicaaado, no papel é lindo o Canguru, lindo, lindo...*

Luiza: *visualmente também é lindo, vai lá na prática (...) visualmente também é bonitinho, né, pintadinho, tudo bonitinho..., vai na prática”.*

Luiza chama a atenção de que o problema principal não é a falta de espaço adequado e, neste sentido, condições de trabalho materiais (decorrentes do auxílio financeiro ao qual se referiam?) para que ocorra. A questão parece ser, em vez disso, de ordem organizacional, relacionada à falta de treinamento e informações adequados às mães, do embate entre valores dimensionáveis e não dimensionáveis (“é só pra isso que serve o Canguru”) e da falta de sentido da realização daquele trabalho pelas auxiliares, dentro do contexto atual em que elas seriam suas principais “executoras” (“a verdade é que ninguém gosta do Canguru”).

É interessante notar ainda que a questão dos valores perpassa o tempo todo as dramáticas de uso de si das trabalhadoras. Uma fala de Madalena ilustra que, por mais dificuldades e entraves que existam na relação entre as auxiliares e as mães dos bebês, o que rege seu trabalho são os valores relativos à criação de autonomia das mães no cuidado dos filhos e do desenvolvimento do vínculo entre eles. Ou seja, por mais que as auxiliares se mantenham numa postura de diferenciarem-se das mães - e, para isso, se utilizem às vezes de certa virilidade em contraposição à feminilidade materna -, elas estão buscando estabelecer uma comunicação compreensiva (Zarifian, 2001c) e criar ECRP (Schwartz, 2007c) junto com elas, tendo como objetivo principal o melhor cuidado oferecido à criança:

“Luiza: nem dar banho querem dar...

Madalena: não querem dar banho não! Tinha uma criança que subiu, já tinha uns quatro plantões que a criança não tomava banho... eu falei: ‘mas mãe, por que isso?’ ‘- ah, porque a menina me orientou, mas eu fiquei com medo...’ (2”) me cansa o Canguru, sinceramente!

Letícia: nesse caso aí, não foi medo mesmo?

Madalena: Meedo?! Que nada, eu enchi a bacia d’água lá: ‘dá banho nele aí!’, ‘- ah, mas dá banho nele’, ‘- não vou dar banho pra você não! Vamo lá, eu vou ficar aqui te observando – claro que se você afogar a criança eu vou tirar’ (risos), aí deu banho, (faz sons imitando a mãe brincando com a criança na banheira) ‘viu mãe, como é você sabe dar banho?!’. Agora, deixar a criança quatro dias... ‘você tomou banho nesses quatro dias?’, ‘- tomei!’, ‘-pôxa! Ele também precisa de tomar banho!’ ta bom. Elas não quer, elas querem fazer... “ah, dá a dieta pra mim”, lá em cima é assim: ‘dá a dieta pra mim’, ‘aí, segura ele pra mim’...”

3.4.2- Sobre o problema do reconhecimento: discutindo a análise sobre o caso do plantão noturno e o de Luiza

Neste encontro, falamos sobre as análises já apresentadas aqui (no tópico 3.3) a respeito da importância do reconhecimento e julgamento do trabalho realizado, seja para a formação de coletivos gerando cooperação no trabalho, seja para a própria conquista da saúde (psíquica) no trabalho.

Levamos o exemplo trazido por Luiza sobre o problema da escala e da falta de treinamento no setor de material, através da exposição de sua fala: “Nunca ninguém me chamou ali dentro pra me elogiar (...) por quê que eu vou em todos os setores? será que eu to ruim ou será que eu to boa? (...) porque cada dia eu to num lugar, eu quero saber, ou eu não sirvo pra nenhum ou eu sirvo pra todos”. Em seguida, falamos sobre a menor supervisão do trabalho no plantão noturno e suas conseqüências na precaução da disseminação das infecções hospitalares, entendendo que isto estaria relacionado à falta de

juízo e do reconhecimento do trabalho enquanto retribuição e visibilização da atividade e dos esforços de quem trabalha.

Ao expor nosso ponto de vista sobre estas situações às participantes, Iracema e Luiza nos complementaram, realizando interrupções interessantes nas nossas falas, que nos deram a impressão de que o que falamos está sendo de fato acompanhado e compreendido e que a nossa análise tem coerência e faz sentido para elas:

*“**Letícia:** e falou-se que à noite parece que as pessoas não são muito preocupadas com alguns cuidados que o pessoal do dia tá mais atento... e aí, chegou-se à conclusão de que isso é porque não tinha uma supervisão tão grande à noite e a gente ficou discutindo, né, depois (na orientação), que isso também tem a ver com o fato de que, se você tem menos supervisão, você também não tem alguém pra te reconhecer fazendo um trabalho legal. De repente o fato de vocês terem um treinamento de dia, como vocês tavam falando aqui “ah, a gente vem toda animada do treinamento porque...”*

***Iracema:** fica muito empolgada, né.*

***Letícia:** e se você não tem isso, quer dizer, isso aí demonstra um reconhecimento, uma atenção dada a quem trabalha e, como à noite não acontece tanto, porque treinar à noite é mais complicado e acaba não tendo tanto, a gente entendeu que isso, na verdade não é um relaxamento por parte de quem tá trabalhando, que não tá nem aí, mas que isso é provocado também por uma...*

***Iracema:** falta de estímulo, né?*

***Letícia:** falta de estímulo, vê que não tá sendo valorizado o trabalho “então pra quê que eu vou..., né”, perde-se o estímulo, né. (...) Então, a gente achou interessante trazer essa frase porque ela parece que tá demandando uma avaliação “eu quero saber o que acham do meu trabalho, porque eu não sei, nunca ninguém me chamou pra me elogiar...” Então...*

***Luiza (baixo):** só te chamam pra avacalhar, né”*

As complementações de Iracema apareceram em momentos em que a nossa fala vacilou em achar palavras adequadas para se expressar, o que acabou fazendo com que construíssemos um “texto” juntas, resultado de uma discussão desenvolvida desde o encontro anterior, do qual Iracema participou ativamente. Assim, esta auxiliar falou, em poucas palavras (“muito empolgada” e “falta de estímulo”), sobre o que nós estávamos procurando expressar com falas mais longas e detalhadas, ou seja: se não há algo na organização do trabalho que deixe o trabalhador “empolgado”, falta-lhe “estímulo” para realizar sua atividade satisfatoriamente.

Já a colocação discreta de Luiza ao final da nossa fala parece apontar justamente para o fato de que estas trabalhadoras sentem falta de serem realmente “chamadas” para algo além de repreensão. Este “chamar” nos parece ligado à demanda de uma maior proximidade das chefias à própria atividade de trabalho enquanto esta acontece, bem como

das auxiliares poderem ser “chamadas” para as decisões da gestão (gerenciada pela chefia) de seu trabalho.

A fala de Luiza se referiu ao seu coletivo de trabalho (“te chamam”) pedindo, inclusive, confirmação de sua posição por parte das colegas (“né”). Nas palavras de Luiza e das outras participantes, as chefias “só” lhes chamam para: “fazer uma reuniãozinha (com conotação negativa)”, dar “esporro”; “mexer com a nossa folga”, dizer: “você agora vai ficar onde você não gosta”.

A discussão ficou muito focada na relação com a hierarquia mais direta (os enfermeiros líderes de plantão) e as participantes afirmaram que as decisões e ordens dadas a elas pelas chefias são feitas de maneira arbitrária, sem cuidado (especialmente quando vindas de enfermeiras mulheres), sem diálogo e sem “ética profissional”.

Na visão das auxiliares, esta postura das enfermeiras - tão impactante para elas -, estaria associada ao fato de as profissionais com formação em nível superior terem maior poder e de usá-lo de forma “abusiva”. Além disso, há a questão da (não) valorização profissional sentida pela categoria das auxiliares e técnicas de enfermagem. Frente a esse quadro, as participantes dizem que “não tem jeito”, que elas não têm o que fazer para mudar essa relação, apesar de haver sido construída uma forte união entre as próprias auxiliares do plantão delas:

*“**Madalena:** não tem [jeito], que a gente é até bem unido, eu acho o nosso plantão, um plantão bem coeso mesmo, sabe, as auxiliares de enfermagem...bem coeso.”*

***Luiza:** falaram pra mim que não vai ter jeito...*

***Madalena:** é, entendeu? Quer dizer, não é por falta de força não, que o nosso plantão é...*

***Iracema:** nas reuniões, a gente chega, fala, a gente debate, né...*

***Madalena:** fala, é, a gente debate, a gente coloca nossas idéias..., não tem jeito, não adianta, é, assim, é nadar contra a maré mesmo.”*

***Luiza:** até falar que eu vou na prefeitura eu já falei e.. ‘não vai ter jeito’”*

Com os seus enunciados no diálogo acima, Luiza foi aos poucos retomando o assunto trazido por ela no último encontro, sobre a ameaça que recebera de levar uma advertência escrita. Bem mais calma do que quando falou sobre isso no encontro anterior, ela explicou novamente a situação para Madalena, que não estava naquele dia conosco. Em seguida lhe perguntamos como havia sido o treinamento para o trabalho no setor de material.

***Letícia:** e quando ele [o enfermeiro líder do seu plantão] te propôs isso, não tinha treinamento?*

***Luiza:** ele não propôs... treinei um dia*

***Letícia:** como é que foi esse treinamento?*

Luiza: *como que eu fiz?*

Letícia: *como é que foi? Ficando junto de alguém ou...?*

Luiza: *junto com alguém. Junto com a Beth, só observando o que a Beth fazia, (sua voz aumenta de tom de repente e vai aumentando progressivamente) mas, sem anotar nada, sem prestar a atenção em nada, porque eu não consigo prestar a aten... assim tem que pegar... não é uma... que nem fiquei na medicação com a Madalena , foi quase vinte plantões, não foi? Fiquei com as três, me botou uma vez no material, quer que eu pegue! Aí eu virei e falei: “não dá não!” Eu acho errado.*

Através de sua resposta, Luiza parece explicitar uma forte resistência frente à imposição de ficar no setor de material tendo apenas um dia de treinamento. Conforme ela mesma ressalta, o trabalho neste setor é algo que ela desconhece e que apresenta uma complexidade que demandaria uma formação mais aprofundada. Com essa fala, a auxiliar parece expressar um posicionamento corporal defensivo frente ao treinamento (“sem anotar nada, sem prestar a atenção em nada”... “tem que pegar... não é uma...”), na medida em que ela diz que já *nem* prestou a atenção, porque não adiantaria, já que este deveria ser um processo mais demorado, em que ela fizesse anotações, em que ela pudesse “pegar” melhor as informações (“me botou uma vez no material, quer que eu pegue!”).

No final de sua colocação, após ter se exaltado bastante, Luiza baixa o tom de voz e deixa muito claro o porquê de ter se recusado a ficar no setor de material: ““não dá não! Eu acho errado”. Parece-nos que, mesmo no limite e de forma isolada de seu coletivo, esta atitude de Luiza mostrou-se como uma atitude de saúde, ou seja, de tentativa de reconfigurar seu meio e suas normas de trabalho, buscando torná-lo mais coerente com os seus valores e, portanto, mais *vivível* (Schwartz, 2002).

A falta de diálogo entre as auxiliares e as enfermeiras foi exemplificada por Iracema ao falar sobre como as últimas reagem à participação das auxiliares nos nossos *encontros sobre o trabalho*:

“Iracema (meio sussurrando): *elas mesmas [as enfermeiras líderes do plantão delas], nunca chegaram pra gente pra questionar o quê que se fala na reunião, mas você sente que tem assim uma curiosidade, entendeu? ...Agora mesmo, né, quando eu tava chamando as meninas pra vir pra cá, aí, fui ver o negócio da reunião com a Leila [enfermeira chefe], né, a Regina [enfermeira líder] falou logo: ‘ah, então não vai’ [no encontro, pra poder ir à reunião com a Leila], não foi? A gente não viria pra reunião...*

Madalena: *quando elas podiam ficar lá dentro, elas três, pra gente vir pra reunião.*

Luiza: *entendeu?*

Madalena: *é muito complicado.*

Letícia: isso aí também foi um erro meu porque eu devia..., eu falei só com a Luiza e eu devia ter falado com alguém da chefia pra saber...

Luiza: mas avisaram dessa reunião agora!

Letícia: de repente só agora avisaram, mas eles já estavam se programando...

Madalena: não, mas a nossa já tava marcada a um tempão!!!

?: ta lá pendurado [o cartaz sobre o nosso encontro], entendeu?

Letícia: mas, assim, a idéia é também que não atrapalhe o...

Madalena: não! se são três enfermeiras, pode ficar lá dentro, que o que vai apitar é uma bomba, que ta acabando a medicação..., não tem muuuita coisa pra se fazer...o horário da manhã é que a gente trabalha mais, que é os cuidados mesmo...

Iracema: o auxiliar pode fazer o serviço do enfermeiro, entendeu? Mas o enfermeiro não pode fazer o do auxiliar...

Madalena: o enfermeiro não pode fazer porque vai perder o 'enfo' (rs), porque ta fazendo alguma coisinha...

A partir da colocação de Iracema, as auxiliares defenderam veementemente o acontecimento da “nossa” reunião, independente de a chefia ter acabado de convocá-las para uma reunião repentina. Apesar de certa apreensão que sentimos diante desta notícia, acreditamos que a própria existência dos encontros pôde estar sendo um meio de fortalecimento das auxiliares em seus argumentos frente à hierarquia, através da discussão sobre a complexidade e a importância de seu trabalho.

Surgiu, então, novamente, a questão dos conflitos de responsabilidades e funções de auxiliares e enfermeiros (“o auxiliar pode fazer o serviço do enfermeiro, entendeu? Mas o enfermeiro não pode fazer o do auxiliar...”). Madalena, utilizando-se da linguagem de abreviaturas, que já utilizara a respeito de sua própria categoria “A-U-X”, fala brincando que os enfermeiros vão perder o “Enfo.⁷⁸” se forem realizar funções desempenhadas pelas auxiliares, ou seja, vão se aproximar do nível hierárquico mais baixo da pirâmide do trabalho hospitalar e perder a sua especificidade, seu poder. É interessante notar que, em tese, os enfermeiros podem fazer (no sentido que têm respaldo legal para isso) tudo o que os auxiliares de enfermagem fazem e não o contrário, como Madalena chama a atenção.

Uma questão importante trazida por Iracema, ainda sobre este assunto, é que, na ausência dos enfermeiros (principalmente no horário de almoço, quando todos eles vão almoçar juntos), em situações emergenciais, as auxiliares acabam realizando ações privativas dos profissionais de nível superior. Iracema e suas colegas contam que vêm ocorrendo diversas situações deste tipo ultimamente e que isso contradiz a própria lei do exercício profissional de enfermagem⁷⁹, já que os auxiliares e técnicos devem realizar seu trabalho em constante supervisão de enfermeiros além de a eles ser vedada a realização de determinados procedimentos.

“Iracema: *você vê muito isso... horário de almoço. O que dev... o correto? Ficar um enfermeiro, já que nós temos alguém que nos comanda, né, ficar um enfermeiro dentro da unidade, dentro da UTI, parte vai almoçar. Nós somos obrigadas a fazer revezamento, no almoço, a gente não pode..., não pode descer os sete auxiliares e deixar os três enfermeiros lá dentro sozinhos, tem que revezar. O quê que acontece? Na hora do almoço, descem **todos** [os enfermeiros]... uma conduta errada, entendeu?*

Madalena: *plantão passado, com aquela criança...*

?: como já houve.

Iracema: *(...) aí, surge uma emergência, a criança pára, aí o auxiliar pode atuar, todo dia ta acontecendo isso.*

Isabel: *ta acontecendo todo dia, plantão passado aconteceu...*

Madalena: *aí vem Beatriz ajudar, Zezé... [outras auxiliares]*

Iracema: *aí, os médicos: ‘laringo! Adrenalina’, aí o auxiliar pode, né. Aí, quando chega [os enfermeiros] (com voz irônica): ‘ué, o quê que aconteceu?’ (várias falam em coro)*

Isabel: *e ele quer que a gente mantenha a **calma**... a gente...*

Iracema: *(...) você pode atuar fazendo o papel deles, quando é conveniente, porque se não for conveniente, ela chega pra você: “isso aí não é sua função”.*

Madalena: *‘não é sua função’ é uma coisa que você fica..., é muito complicado ser auxiliar de enfermagem, sabia? É muito complicado!”*

Mais uma vez, nos parece que as auxiliares se utilizam implicitamente dos conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, contando histórias de como elas lidam com o hiato existente entre eles. Na fala de Iracema, isso se coloca através das expressões no interrogativo: “o correto?” (o prescrito) e “O quê que acontece?” (o real).

O problema que identificamos aqui tem menos a ver com fato de se constatar a existência de uma lacuna entre a prescrição e a atividade, do que com perceber que esta lacuna não parece estar sendo considerada pelos “conceptores” e “gestores” do trabalho destas profissionais, ao lidarem com e “liderarem” suas equipes. A seguinte fala de Iracema explicita a postura dos enfermeiros, contraditória à própria realidade do trabalho: “você pode atuar fazendo o papel deles, quando é conveniente, porque se não for conveniente, ela chega pra você: ‘isso aí não é sua função’”.

Na verdade, como pudemos perceber ao longo deste estudo, as concretas condições de trabalho, a maior quantidade de profissionais de nível fundamental e médio do que de nível superior em enfermagem e o modo como a divisão do trabalho (pouco clara, mas baseada na autoridade dos enfermeiros sobre auxiliares e técnicos) se dá na prática, faz com que os limites das funções e responsabilidades destas categorias fiquem confusos e necessitem de negociações, muitas vezes conflituosas. Neste sentido, Agudelo (1995) aponta que o trabalho em enfermagem é acentuadamente estratificado por níveis de

formação, títulos variados por países e escassa delimitação das ações por cada categoria ocupacional.

Moreira (1999) analisa que um conflito tradicionalmente encontrado entre profissionais de enfermagem situa-se na oposição enfermagem *versus* medicina. No entanto, segundo a autora, ao se privilegiar esta oposição enquanto espaço de disputa de poder, restringe-se a complexidade das relações que se estruturam no interior da própria equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) e que presentificam conflitos estruturais no território de demarcação de competências. Assim, em seu estudo com profissionais de enfermagem, a autora encontrou discursos que nomeiam a dificuldade de tornar clara na prática a divisão técnica do trabalho e a diferença entre as diversas categorias de profissionais dentro da enfermagem (p. 61).

3.4.3- Algumas transgressões e regras de trabalho das auxiliares de enfermagem frente à insuficiência das prescrições.

Num terceiro momento, que durou cerca de 20 minutos, discutimos a idéia da transgressão no trabalho como necessária a seu próprio funcionamento e à garantia da qualidade do serviço oferecido.

A partir da distinção proposta pela Ergonomia (Guérin *et al*, 2001) entre trabalho real e trabalho prescrito, questiona-se a dimensão monolítica da organização do trabalho. Frequentemente uma parte da realidade do trabalho se destaca na forma de resistência às prescrições, ou seja, apresenta-se sempre uma situação desconhecida, imprevista, imprevisível que as coloca em xeque. O trabalhador neste momento se encontra diante de um dilema: de um lado, a organização “espera” que ele cumpra o previsto e de outro, se seguir a prescrição não dará conta da nova situação. Em meio a este conflito, a saída é “trapacear as regras” para desenvolver o trabalho (Dejours, 1995).

Através destas transgressões, podemos perceber que o trabalhador age sobre a sua situação de trabalho de maneira ativa, mesmo que de modo ínfimo. Assim, ele não é simplesmente um sujeito que deve se adaptar à organização e às condições do trabalho, mas sim que deve recriar a tarefa, o que implica a possibilidade da transformação do trabalho. Dejours, (1995) lembra, porém, que este processo, não ocorre sem riscos. Afinal, o fato de transgredir as regras suscita necessariamente preocupação e angústia: o trabalhador não tem certeza da justeza da solução e vai precisar do julgamento, principalmente de seus pares (reconhecimento pela beleza) sobre a solução encontrada para a insuficiência da prescrição.

Ainda sobre a questão da gestão das variabilidades e imprevistos, Matheron & Michel (1997) afirmam que, no trabalho de enfermagem, um lugar explícito é deixado à iniciativa

e ao trabalho coletivo; as tarefas são prescritas, assim como o dever de “gerir” a realização das mesmas. Especificamente sobre a categoria de auxiliares de enfermagem, Sznelwar & Uchida (2004, p. 91-92) ressaltam que o trabalho que lhes é prescrito é vago e amplo, na medida em que engloba ações com graus diversos de complexidade e a sua prática se dá pela indissociabilidade da *técnica* e do *cuidado*.

As seguintes falas foram expostas às participantes:

1. *“na prática, não é isso o que acontece” [sobre as recomendações de humanização];*
2. *“isso aqui tá errado, mas a gente faz”;*
3. *“se a gente não fizer isso, alguns choram a noite inteira”*
4. *“é, tem os macetes...”.*

Ao discuti-las, pudemos observar a diversidade e a riqueza das criações coletivas deste grupo para lidar com a realidade do dia-a-dia de trabalho no berçário. A partir da 1ª. frase, discutiu-se as práticas de humanização. Madalena inicia comentando e discordando de um certo fatalismo trazido por esta frase:

“não, assim, quando a gente tá com pouca criança, até que dá pra gente fazer humanização nas crianças, dá pra gente dar atenção pras mães, né. O auxiliar de enfermagem não é só auxiliar de enfermagem no cuidado com a criança, a gente faz terapia com a mãe, a gente é psicóloga, a gente é ene coisas, serviço sociaaal... é tudo. Então, quer dizer, quando a gente tem muita criança a gente não tem nem como dar atenção, nem mesmo ao bebê que a gente tá cuidando, muito menos da mãe que tá chata ali perturbando a gente” (Madalena)

Pela fala de Madalena – referida a ações coletivas através do uso do “a gente” -, podemos perceber que as ações ditas de “humanização” são quase como algo *a mais*, que é feito no caso de haver tempo além do cuidado menos “atencioso” dos recém-nascidos. Tais ações podem alcançar os familiares dos bebês – já que, segundo Madalena, os auxiliares são “tudo” e não “só auxiliar de enfermagem no cuidado com a criança” – mas, só depois que foi possível “dar atenção” às crianças. Além do mais as mães “perturbam”.

Mais uma vez, notamos a utilização da expressão “nas” crianças em vez de “com”, como foi observado nos encontros anteriores como uma diferença entre a boa auxiliar (“na criança”) e aquela que não compartilha das regras e valores daquele coletivo, ou quando se fala *do* auxiliar de modo genérico, abstrato (e masculino).

Madalena expressa seu incômodo também com as cobranças vindas dos familiares dos bebês (e talvez da nossa indagação sobre as ações de humanização?):

“(...) será que o auxiliar de enfermagem não tem direito de falar no telefone? Não tem direito de sentar? Porque se eu ficar em pé as doze horas todos os dias eu vou amputar as minhas pernas, eu não vou poder trabalhar (rs). (...) Você vê, você é cobrado de todas as..., a gente tenta fazer a humanização da maneira que dá, né”. (Madalena)

Além de “dar atenção” aos bebês e às famílias, as participantes citaram como ações de humanização: fazer um “posicionamento” do bebê para que ele se sinta confortável; dar-lhe “gotinhas de glicose antes de puncionar um acesso [venoso]” e “apagar as luzes”.

A ordenação e a coordenação dessas ações são gerenciadas pelas próprias auxiliares, segundo contaram as participantes – e também como pudemos observar diversas vezes durante as visitas – e acontecem “na medida do possível”, “quando dá”, “da maneira que dá”.

“Leticia: e quem que ordena... organiza isso, assim, de apagar as luzes, por exemplo?”

Iracema: a gente mesmo...

Madalena: ah, a gente mesmo, ah ta na hora de humanizar, pa (barulho de como se estivesse apagando a luz)

Iracema: assim, todo mundo... é quando dá. Eu to puncionando uma veia, então ela não vai poder apagar a luz ali do lado que eu to, mas, na medida do possível...

?: apaga.

Luiza: tu olha, ta todo mundo sem fazer nada, tu apaga.

Iracema: uma hora que ta tranquilo, tipo de duas as três, é um horário, assim, mais tranquilo a gente fala ‘poxa, apaga as luzes’, entendeu? Que é pra...

Madalena: fazer aquele ninhozinho bonitinho pra eles...”

Esta coordenação entre elas parece decorrer de uma competência muito prática, pragmática (“ta na hora de humanizar, pa”), corporal, imediata (“tu olha, ta todo mundo sem fazer nada, tu apaga”), provinda de uma inteligência da prática, que é inteligência em ação, que não se define antes do trabalho, mas é produzida no exercício mesmo do trabalho (Dejours, 2004, p. 278).

Segundo Dejours (1995), esta inteligência prática “está fundamentalmente enraizada no engajamento do corpo, poupa esforços e privilegia a habilidade em detrimento do emprego da força; é inventiva e criativa”. Ainda conforme este autor, “esta dimensão corporal da inteligência prática é importante a ser considerada na medida em que implica

um funcionamento que se distingue fundamentalmente de um raciocínio lógico.” (*idem, ibidem*).

Em seguida à conversa sobre “humanização”, propusemos que elas falassem sobre a questão da “chupetinha de luva”, feita por elas com luva e algodão para acalmar os bebês. As chupetas, tanto as feitas pelas auxiliares como as convencionais, não são recomendadas/aceitas pela maioria dos médicos, segundo elas. Durante esta discussão, as participantes falam sobre o confronto entre o que é dito na teoria e o que acontece na prática, trazendo para o debate a dimensão da distância entre a prescrição e o trabalho real, através do saber da experiência.

“Letícia: mas o que vocês acham disso?”

Iracema: (...) que acalma? acalma.

Madalena: acalma.

*Iracema: entre a criança ficar **desesperada...***

*Isabel: **estressada...***

*Iracema: **estressada**, entendeu, e você dar uma chupetinha? tão inofensiva, né, tão inofensiva...(rs) eu acho! E é aquilo, quando sair daqui a mãe vai dar chupeta!*

Madalena: não, e o prazer, a gente já sente que o prazer do recém-nascido ta na boca (...) então, aí quando você não dá nenhum atrativo pra ele pô, aí você ta vendo assim (imita um neném chorando), você vai lá, põe a chupeta, caraca, na mesma hora!

(...)

Madalena: eu boto a chupetinha, eu sou adepta da chupeta.

Letícia: e isso é uma coisa que entre vocês é aceito?

Madalena: é.

Iracema: entre a gente é. Totalmente.

Madalena: totalmente!

Isabel: sem dúvida”.

Pode-se notar, a partir destas falas, que as próprias auxiliares utilizam o artifício possibilitado pela chupetinha, mas têm objetivos e motivos claros (mesmo que empíricos) para isso, conforme as falas de Madalena: “a gente já sente que o prazer do recém-nascido ta na boca” e de Iracema: “E é aquilo, quando sair daqui a mãe vai dar chupeta!”. Em seguida, as participantes apresentam outros argumentos provindos de sua sabedoria prática sobre o uso da chupetinha e relativizam as preocupações vindas da teoria/ Academia:

“Luiza: até eles acalmar. Quando eles acalmam eles mesmos largam...

Madalena (fala ao mesmo tempo que Luiza): mas eles cospem a chupetinha quando eles estão calmos.

Iracema: quando a criança tem que mamar o seio, você pode dar chupeta, pode dar mamadeira...

Madalena: mamadeira, dá o que for...

Iracema: *que ela vai mamar, entendeu. É aquele negócio, né, estudaram, fizeram algum trabalho, chegaram à conclusão que...*

Madalena: *mas ninguém fica ali dando [a dieta no copinho] né?!*

Iracema: *é.*

Madalena: *a fono fica lá com criança: ‘ahn bota a sonda, ele não quer mais não’, ai você vai lá, dá mais uma estimuladinha ‘uhm, uhm, uhm’ (faz como se colocasse o copinho na boca da criança), a criança... (imita a criança conseguindo puxar o leite), ‘ele não quer’ (imitando a fonoaudióloga)!”*

A contraposição e a resistência aos ensinamentos provindos da Academia se expressam através destas falas, como decorrentes da inadequação, testada na prática, de alguns procedimentos e modos de lidar com os bebês. O exemplo de Madalena em relação ao trabalho da fonoaudióloga serve para ressaltar aos seus interlocutores a importância da atividade das auxiliares, através de sua maior aproximação - principalmente corporal - com os bebês, além do maior tempo e atenção dados a eles por estas profissionais. Segundo as participantes, este tempo e atenção – que teriam a ver com uma maior proximidade com os bebês - fazem a diferença na hora de estimular o neonato a fazer o movimento de sucção para mamar, por exemplo.

“Letícia: *como você faz essa estimulação?*

Madalena: *ah, você fica um tempo maior com eles ali, mexendo, fazendo massagem, não sei o quê, aí ele acaba trazendo a língua pra frente e puxando o leite.*

Iracema: *até mesmo dando..., bota a luva, bota o dedo na boca...*

Madalena: *é, bota o dedinho na boca, aí ele vem...*

Iracema: *às vezes, ele suga o dedo né, aí você bota o copo...*

(...)

Luiza: *porque elas [as fonoaudiólogas] estimulam com o dedo também, mas elas dão menos atenção que a gente.”*

A leitura das falas “isso aqui tá errado, mas a gente faz” e “é, tem os macetes...” despertou em Madalena, a questão - já expressa por ela anteriormente - de que os auxiliares são “polivalentes” e têm que “se virar” para fazer “tudo”, o que ela exemplifica, na sua colocação, a seguir:

“(rs) ah, a gente tem macete, a gente tem macete pra tudo. Auxiliar de enfermagem é polivalente, ele tem que se virar pra dar conta, então vamos lá, não tinha fralda a gente pegou aqueles absorventes da mãe lá em cima e fez uma fraldinha assim, prendeu com coisa, ficou bonitinha, e o xixi caiu ali, não molhou o lençol, porque não tem lençol também (...) e tem que fazer tudo, literalmente tudo. A gente perde em média 45 minutos numa punção venosa, não é? Aí você tá com cinco filhos, você perdeu 45 minutos, ninguém foi ali ajudar a cuidar daquele outro coitadinho que tá te esperando.(rs) Assim, eu acho assim que esse negócio de “isso aqui tá

errado, mas a gente faz”. Assim, errado na concepção desses caras que dizem que estudaram e ficam anos sentados...” (Madalena)

O exemplo dado por Madalena fala de uma invenção criativa das auxiliares frente a um problema que deveria ser resolvido para que o trabalho pudesse continuar a ser feito. Aparecem aí, tanto o julgamento de *beleza* (“ficou bonitinha”), como o de *utilidade* (“e o xixi caiu ali, não molhou o lençol”), pelos quais passa o reconhecimento no trabalho (Dejours, 2004).

Interessante notar, ainda, que Madalena contrapõe, em momentos diferentes, os “caras”, que ficam *sentados* (“errado na concepção desses caras que dizem que estudaram e ficam anos sentados...” e os auxiliares, que ficam *em pé* (“[o auxiliar] Não tem direito de sentar? Porque se eu ficar em pé as doze horas todos os dias eu vou amputar as minhas pernas, eu não vou poder trabalhar”). Esta comparação parece reforçar a idéia de que a inteligência também é corporal e, no caso delas e do seu tipo de trabalho, principalmente.

Em seguida, elas continuam a conversa e surge outro exemplo da inadequação de algumas teorias com relação à prática com os bebês, ao falarem de um rolinho feito para amparar os bebês dentro das incubadoras:

“Iracema: *tem muita teoria, né*

Madalena: *que o fulano de tal leu, mas aqui, na prática aquilo ali nem funciona, igual aquele rolo que eles trouxeram, que era o rolo da humanização.*

Iracema: *da tortura né? (rs)*

Madalena: *Um rolo horrroso que a terapeuta ocupacional trouxe, que aquele ali é um rolo que estudaram, não sei o que, pra fazer o ninho da criança. Coitada da criança dentro daquele..., a criança levantava... botava os pés por baixo ficava com aquele negócio aqui na coluna...*

Letícia: *esse não é aquele que faz de cobertor⁸⁰?*

Coro: *não!!!*

Iracema: *aquele é nosso!*

Madalena: *não, “o de cobertor não pode porque o cobertor não é bom pra criança, porque ele não é maleável, porque é duro, a criança não consegue se mexer...”*

Iracema: *muito pelo contrario, eles fizeram, esse outro que ela ta falando (rs de outras), fizeram um rolo de courino, gente eu...*

(...)

Iracema: *você imagina, um troço duuro pra caramba, aí você dobrava...*

Madalena: *dobrava*

Iracema: *e colocava em forma de arco, só que aquilo era muito desconfortável porque a criança, a pele é muito sensível, qualquer coisa que fica roçando, uma superfície mais rígida vai...*

Madalena: *e você não conseguia...*

Letícia: *á, diante disso, vocês criaram o cobertor ou o de cobertor já é mais antigo?*

Madalena: *é mais antigo, e eles trouxeram esse rolo novo, que foram estudos científicos comprovados.*

Letícia: *e aí, os rolos não ficaram?*

Madalena: *claro que não!*

Letícia: *e vocês que vetaram?*

Iracema: *todo mundo continua fazendo o rolo antigo.*

(...)

Madalena: *nosso rolinho prevaleceu! (rs)*

Iracema: *é porque, o seguinte, era uma coisa mais fácil de ficar limpando, porque né, podia ta passando água com sabão...*

Madalena: *mas pra criança, você não podia prender o rolo nessa parte que fazia o arco, então, o quê que acontecia? Quando a criança descia, ela ia empurrando com o pezinho, e entrava debaixo daquilo ali, aquilo ali ficava aqui em cima do bumbum dela ou na coluna dela, ou mesmo na região lombar dela e a criança ficava ali (imita o choro de bebê) embaixo daquele troço, aí a gente foi tirando, foi tirando...*

Iracema: *agora o povo aderiu ao cobertor...*

Madalena: *ao cobertor.*

Iracema: *o cobertor fica tão mais confortável, né, tão macio.*

Madalena: *macio..., se eles empurram (...), que eles [os bebês] não param, né?"*

A questão trazida por elas como o “rolo da humanização” parece servir para explicitar não apenas a inadequação de teorias distanciadas da realidade com o trabalho enquanto ele acontece, mas também do quanto as invenções bem-sucedidas delas lhes dão orgulho e prazer (expressos pela vibração com que elas falam da aceitação do rolinho, por exemplo).

De acordo com Dejourns (1995), para a prática da trapaça, não basta ser criativo e inteligente, é necessário que a solução seja eficaz. Segundo o autor, o reconhecimento da eficácia do processo criativo produz satisfação no trabalho, ou seja, há vivência de um intenso prazer quanto maior for o desafio enfrentado. Aqui, pode se ver a saúde – em sentido amplo - delas próprias (“nosso rolinho prevaleceu!”, “o povo aderiu ao cobertor”) e dos seus clientes (“aquilo era muito desconfortável porque a criança...”, “o cobertor fica tão mais confortável, né, tão macio”) sendo favorecidas conjuntamente.

Também a partir deste exemplo trazido pelas auxiliares, concordamos com Ferreira (2005), quando diz que: “o que se reivindica na humanização da saúde nada mais é do que a visibilidade de uma prática que permeia o cotidiano de muitos profissionais dessa área. Assim, falar de humanização não significa dizer que ela não existia anteriormente” (p. 117). Neste sentido, o rolinho de cobertor, feito pelas auxiliares seria um exemplo de ação de “humanização” – entendida no sentido de se superar as dicotomias entre o *tratar* e o *cuidar* e unir os aspectos técnico e relacional do trabalho de cuidado em saúde (idem, ibidem, p. 117) – invisibilizada como tal, até ser confrontada com o “rolo da humanização” (ou “um rolo que estudaram”).

3.4.4- As normas e valores deste coletivo: o “exigir”, o “fazer sempre o melhor” e a busca da “perfeição”

Por fim, colocamos a seguinte fala de Beatriz dita no encontro anterior: “eu acho que ela [uma colega auxiliar de enfermagem] estar te corrigindo, é uma certa exigência, mas que não tem nada demais...” e apresentamos a nossa análise sobre esta discussão da “exigência” como uma regra do coletivo de trabalho para garantir a qualidade de sua realização. Tal análise já foi desenvolvida e apresentada aqui no tópico 3.3.1.1.

Madalena corrobora a discussão da qual não participou e as auxiliares começam a falar sobre a melhoria observada na qualidade do trabalho delas ao longo dos últimos anos, relacionada à própria idéia de uma maior aceitação da “exigência” entre elas. Fala-se que esta exigência tem a ver com um comprometimento coletivo pela saúde das crianças (“a gente se exige esse compromisso”) e mesmo pela busca da “perfeição” (“nós cobramos muito de nós mesmas, a perfeição”) no trabalho com elas como um valor compartilhado pelo coletivo.

*“**Madalena:** o que eu acho aqui é que nós exigimos muito de nós mesmas, então aí a gente vai falando, ah viu uma coisinha ali, aí a gente ‘pô, ó o capote, não sei o que...’, porque a gente se exige muito com medo dessas crianças piorarem, o que a gente quer é que essas crianças saiam daqui!”*

*Quando eu vim pro serviço público, porque eu trabalhei em serviço particular, e passei pro serviço público e falei ‘caraca, como é que vai ser?’ Quando eu cheguei aqui que eu vi que todo mundo era muito **comprometido**, eu acho o pessoal aqui da UTI, são pessoas - pelo menos no meu plantão -, são pessoas muito comprometidas com o trabalho mesmo, então a gente se exige esse compromisso entendeu, nós cobramos muito de nós mesmas, a perfeição, pra que essas crianças saiam daqui e vão pras suas casas mesmo com seus pais e tudo, que as crianças ficam muito tempo aqui. Então a gente vê a colega: ‘ah! pô não colocou luva, será que não viu o esquilo (símbolo da necessidade de precaução de contato)’? Ah, vamo lembrar e tal que o esquilo ta ali, ‘pô, bota a luva!’ (rs)*

***Luiza:** é porque tem gente que não aceita que fale, eu nem ligo.*

***Madalena:** mas até que agora deu uma diminuída nesse negócio de ficar bicudo né, porque a colega falou...*

***Luiza:** (...) numa boa.*

***Iracema:** acho que todas tão mais comprometidas mesmo com a qualidade do (...)*

(...)

***Iracema:** há oito anos, quando eu entrei aqui e quando ela entrou, cara, você recebia o plantão de manhã **era um caos**.*

***Isabel:** um caos total.*

***Iracema:** eram **trocentas** veias perdidas, as pessoas passavam o plantão pra você com **muito acesso venoso perdido**, a incubadora uma **zona**, sabe aquela criança assim... mal enjambrada?*

***Madalena:** largada*

Iracema: a cama toda revirada, a criança sem uma contensão, não é? (...)
Hoje, hoje, você pega a criança assim **bem organizada**, mudou muito, né
Madalena ?

Madalena: mudou muito, nossa!

Iracema: as pessoas realmente ou **aprenderam**, de repente não sabiam né
(**Rosa:** é), ou um foi passando pro outro, eu sei que hoje assim a qualidade
do trabalho ta **bem melhor**, do que há oito anos atrás, quando eu cheguei.

Madalena: muito melhor.

(...)

Iracema: é impressionante. Hoje, você chega, você verifica sinais vitais, tem criança que você não precisa fazer nada (outra concorda e fala junto, acho que é Madalena), você vai limpar a boquinha, ver a fraldinha lá, limpar o bumbum, porque é pequenininho, não precisa você ta eh... manuseando demais, **a criança ta pronta pra você..., ta pronta. Antes, antigamente, cara, olha não é brincadeira não, você encostava na criança você tinha que **fazer de tudo**.**

Madalena: tudo

Iracema: **de tudo**, a sonda estava arrancada, o acesso estava perdido, a cama **toda desorganizada...**

Madalena: a cama desorganizada...

Iracema: a incubadora com leite derramado, lembra? Era triste!

Isabel: leite, era demais.

Madalena: criança com aquele cocô colado...

Iracema: **realmente melhorou muito.**

Madalena: **melhorou muito**

Iracema: **muito mesmo**

Madalena: a qualidade do trabalho.

(...)

Iracema: eu acredito que também que isso se deve em função de que houve uma **renovação** né, na equipe...

?: é, também

Iracema: tinha pessoas, assim (faz sinal de tempo passado estalando os dedos), que acabaram saindo, foram entrando pessoas novas, com uma outra mentalidade, né, e você... o pessoal da noite também por receber – a gente tentava deixar as coisas o mais organizadas possível - e a pessoa se sente na obrigação também de dar continuidade, né, quando você passa as coisas organizadas, a pessoa se sente na obrigação de dar continuidade. Isso melhorou muito. Pelo menos isso, né,...

Madalena: pelo menos isso

Iracema: a gente se sente feliz de ver que...”

A fala inicial de Madalena parece ir no sentido dos achados de Osório-da-Silva (2002) sobre o trabalho hospitalar, no qual, apesar de todas as precariedades encontradas, a autora identificou um virtuosismo, ligado à perseguição de um “trabalho bem feito”, e “em prol do doente”, que subsiste como uma meta altamente valorizada, embora insuficientemente alcançada.

Ao longo desta discussão final, a nossa análise sobre o “exigir” parece ter se confirmado, a qual as auxiliares acabaram aprofundando, indo além da questão da infecção

hospitalar e discutindo mudanças proporcionadas ao longo dos anos pelo comprometimento coletivo com a melhoria da qualidade do trabalho. Um exemplo do caráter coletivo desta conquista tem a ver com a fala final de Iracema sobre a questão da “continuidade” do trabalho com o plantão da noite, ampliando-se assim, também a noção de coletivo para fora do próprio plantão delas, ao realizar um trabalho, de certa forma, em conjunto com o plantão noturno.

A noção de um patrimônio de valores enriquecido e reformulado constantemente pelas novas experiências de trabalho aparece nos trechos seguintes, quando as participantes ressaltam as mudanças e a forma como acreditam que elas aconteceram: “até que agora deu uma diminuída nesse negócio de ficar bicudo”; “as pessoas realmente ou aprenderam, de repente não sabiam né, ou um foi passando pro outro”; “acredito que também que isso se deve em função de que houve uma renovação né, na equipe...”

3.5- Encontro IV: As condições de trabalho das auxiliares

Neste Encontro - com duração de uma hora e dez minutos -, procuramos debater sobre as condições de trabalho das auxiliares de enfermagem.

As *condições de trabalho* são parte importante das normas antecedentes e da tarefa prescrita, que configuram o trabalho antes da realização de uma atividade. Trata-se dos meios disponibilizados ao trabalhador (físicos, químicos, materiais, espaciais, de definição de objetivos e procedimentos a realizar, meios técnicos colocados à disposição, condições salariais, qualificação, etc.) para a realização de uma atividade de trabalho, frente não só às exigências de produtividade e qualidade, como também de saúde e segurança.

Quanto à saúde, de acordo com a perspectiva ergológica, ela existe no horizonte das tentativas de recentrar o *meio* (e, portanto, também as condições presentes neste meio) em que vivemos e trabalhamos de acordo com os nossos próprios valores, na busca de criar normas com sentido para a nossa própria vida.

Nesta perspectiva, escolhemos diversos enunciados e situações que apareceram em momentos variados da pesquisa para discutir este tema com as trabalhadoras, a partir dos seguintes sub-temas:

- I. Superlotação combinada com efetivo insuficiente de funcionários;
- II. Precarização salarial e suas conseqüências (trabalho considerado simples e “de natureza repetitiva”, mas que, na prática, se mostra complexo);
- III. A questão da invisibilização da sobrecarga de trabalho;
- IV. Problemas com os materiais utilizados no trabalho (escassez e/ ou má qualidade) e sua influência na realização do cuidado.

Participaram da reunião quatro auxiliares (Iracema, Doralice, Joana e Rosa), sendo Doralice estreante no grupo. Joana estava voltando de férias neste dia e, talvez por isso, chegou bastante sonolenta, devagar, parecia voltar aos poucos ao ritmo do trabalho no hospital. Durante o Encontro, demorou a participar mais ativamente, acabou participando bastante, mas não tanto como nos anteriores.

Iracema foi a única que estava presente no Encontro anterior e foi também a que mais falou neste dia, mostrando-se bastante animada e empenhada em discutir os diversos assuntos. Chamou as colegas da Unidade Neonatal para participar do grupo, procurou traçar relações entre os temas das reuniões anteriores. Ela foi a única que, até então, participara de todos eles e cumpria implicitamente uma função de explicar o contexto de falas extraídas de outros encontros às colegas, ou mesmo esclarecer as nossas colocações. Em diversos momentos neste encontro, Iracema, direcionava os seus “nés” para nós, talvez

procurando fazer uma aproximação maior com os conteúdos apresentados, buscando confirmar a relação entre teoria e prática?

Rosa participou falando pouco, como nos outros encontros, e se colocando mais quando o assunto era sobre questões relativas ao plantão noturno. Doralice, com quem já havíamos conversado durante uma visita, mostrou-se bastante interessada nas discussões e procurou se colocar várias vezes, mas não defendia a sua fala frente às de Iracema e Joana, falando em voz baixa e, várias vezes, ao mesmo tempo que as colegas.

Tereza e Madalena não estavam de plantão neste dia. As auxiliares contaram que Madalena estava de licença médica por problemas respiratórios. Chegamos a encontrar Luiza na UTI, mas ela disse que estava estudando para uma prova da faculdade e não poderia participar deste Encontro, mas que gostaria de estar presente no seguinte.

A UBR estava fechada. Perguntamos o porquê e as auxiliares disseram que a medicação estava sendo feita ali, enquanto se fazia uma obra na salinha própria para isso dentro do berçário. Esta sala no quarto andar foi uma solicitação delas, pois a preparação da medicação em outro andar (5º.) aumentava a movimentação (com a dificuldade suplementar de que há defasagem entre o grande movimento do hospital e o número de elevadores, exigindo que tivessem que ficar subindo e descendo escadas) de quem estivesse na medicação, além de gerar riscos de contaminação por ter-se que ficar circulando pelo hospital com esta. Estavam contentes com a sala nova, que acabara de ficar pronta, e comentavam sobre isso antes de começarmos as discussões.

3.5.1- Treinamento e não reconhecimento da complexidade do trabalho

Iniciamos a nossa conversa neste Encontro retomando a situação de Luiza, a partir de uma análise inicial sobre a questão de que a forma como o treinamento é oferecido também tem a ver com as condições de trabalho dadas a elas e com a visão de que seu trabalho seria simples, sem valor. Iracema nos interrompe bruscamente, parecendo tentar chamar a atenção para a importância do que estamos levando como análise do trabalho delas, ou seja, para a complexidade do trabalho invisibilizada e não valorizada:

“Leticia: (...) o quanto que o treinamento reivindicado é reivindicado como uma coisa bem feita, que não adianta... – como foi falado aqui no último encontro: ‘não adianta eu ficar um dia acompanhando um trabalho que eu não sei fazer, que eu não vou aprender naquele dia...’ - tem que ser um treinamento bem feito, tem que ser alguma coisa..., e isso tem a ver também com a valorização do trabalho de vocês também, né -, tem que ser um treinamento bem-feito, que é uma coisa que parece que é feita como se o trabalho fosse super simples e...”

*Iracema (me interrompe): é, deixa eu falar, já te interrompendo, mas principalmente o exemplo que foi dado do material, né. **É um trabalho muito importante!** Apesar de ter pouca credibilidade – como você ta falando aí - porque se o material não é bem preparado vai ta, né, interferindo lá na frente, na infecção...*

Doralice: em tudo.

Iracema: e não dão tanta..., né, não valorizam, né.

Letícia: você ta falando que o material não é um trabalho ao qual é dada credibilidade...

Iracema: não, é como você falou, bota a pessoa um dia lá e acha que no próximo plantão ela tem condição de assumir o material. É o que aconteceu com a Luiza, que ela mesma deu o exemplo, né. Então, realmente, eu acho que tem que... ser um treinamento adequado, né.”

Durante esta fala, Iracema volta-se muito para nós, parecendo utilizar a expressão “né” para certificar-se de que o que estava dizendo tinha a ver com o ponto de vista que nós acabávamos de apresentar ali. Ao mesmo tempo, ela vai além desta análise ao enfatizar a importância do trabalho do setor de material, não apenas no sentido de que este é difícil e exigiria mais tempo de treinamento, mas do quanto ele ser bem-feito é importante para a qualidade de todo o restante do processo de trabalho no berçário.

É interessante notar que Iracema acompanhou esta discussão desde o encontro II, quando Luiza trouxe o assunto dentro do tema da valorização profissional/ falta de reconhecimento e, naquele momento ainda não parecia ter uma opinião formada sobre isso. Assim, sua interrupção neste momento pareceu-nos uma apropriação de um determinado olhar sobre o trabalho, com algum elemento novo para ela, apresentando-se mesmo como um desenvolvimento profissional.

Além disso, o fato de nos interromper para afirmar que o trabalho no material “É um trabalho muito importante!” ao qual não é dada “credibilidade”, parece ser também uma afirmação do gênero profissional das auxiliares. O trabalho teria “pouca credibilidade”, para quem é ignorante sobre ele, para quem não vivencia sua necessidade no dia-a-dia. Para quem sabe, pra quem vive as conseqüências da qualidade do trabalho realizado no setor de material, este é “muito importante”.

Neste sentido, a Clínica da Atividade vem experimentando um dispositivo de confrontação envolvendo três tipos de atores: um “leigo” (profissional de análise do trabalho), o protagonista da atividade em foco e um colega de profissão (um “par”). Neste contexto, de acordo com Yves Clot (2006, p. 135), a verbalização do trabalhador caracteriza-se como uma tentativa de trazer à luz as realidades de seu trabalho e de fazer o analista do trabalho e o seu “par” não apenas participarem de seus atos e pensamentos, mas conciliarem a atividade deles com a sua, incliná-la na direção dela. Desta forma, o

trabalhador em foco luta contra uma compreensão incompleta de sua atividade por seus interlocutores, suspeita que haja neles essa compreensão insuficiente e deseja evitá-la. Clot afirma ainda que a verbalização é em si mesma uma legítima atividade do sujeito e não apenas um meio de acesso a outra atividade e que, por isso, pode-se falar em “co-análise do trabalho”. Nesta co-análise, o trabalhador busca se apropriar, para modificá-las, das mobilizações dos seus interlocutores a propósito de seu trabalho e, em função disso ver a sua própria atividade “com os olhos” de outra atividade e, encontrar, sem forçosamente procurar, alguma coisa de novo em si mesmo.

3.5.2- Prescrição do trabalho no plano legal

A partir daí, lançamos mão da legislação do exercício profissional de enfermagem para discutir a visão contida ali sobre o trabalho de “auxiliares”. Novamente Iracema procura nos complementar. As colegas também participam do assunto ressaltando a inadequação da prescrição, presente neste código, sobre a realidade de trabalho delas.

“Letícia: pois é, inclusive a gente percebe que existe uma idéia de que o trabalho de vocês seria simples. Inclusive se você pegar na legislação... (...) fala que é um trabalho de simples execução, repetitivo...”

Iracema (nos complementando): é é ... repetitivo e natu...e de... como é que fala...? O auxiliar de enfermagem, ele executa tarefas de natureza simples, né...

Letícia: isso

Iracema: repetitivas, como se fosse assim a coisa mais...

Doralice: como se fosse lavar uma louça.

Rosa: é, faz por fazer, né, não sabe o quê que ta fazendo...

Doralice: é, mas tem técnica, né.

Iracema: e não é só isso, é se fosse só a única coisa que você fizesse no bebê, trocar fralda, uma coisa bem simples, né...

Letícia: mas trocar a fralda de um bebê internado numa UTI é simples? (...) (...)

Iracema: não, eu to falando assim... É, como se a única coisa que você fizesse fosse assim, de repente..., prestar um cuidado de higiene - como você (Let) falou, que pra algumas pessoas já é complexo, né.

Letícia: pois é....

Iracema: é e, na verdade, a gente vai muito além de tudo isso, né.”

Nota-se que as auxiliares repudiam fortemente a noção, contida na lei, de que o seu trabalho é simples e que poderia ser feito por qualquer pessoa, sem necessidade de uma instrumentação técnica ou do desenvolvimento de competências bastante amplas (“a gente vai muito além de tudo isso”). Esta noção aparece, por exemplo, com a utilização de um exemplo vindo do trabalho doméstico, através do enunciado “como se fosse lavar uma louça” que, como já discutimos aqui, representa um gênero do qual elas procuram se

diferenciar, ao menos no que tange à sua profissão (o gênero do trabalho em enfermagem “tem técnica”).

Em outro momento do encontro, mais à frente, este assunto retorna e elas comentam a definição da função dos auxiliares na legislação⁸¹. As participantes criticam o texto da lei, principalmente em relação à expressão “atividades de natureza repetitiva”, afirmando que esta expressão “marginaliza” os auxiliares de enfermagem e dá a impressão de que seu trabalho seria “uma coisa mecânica”, distante do que é realmente.

“? (voz baixa, voltada para outra colega): eu não sei como em enfermagem alguma coisa pode ser repetitiva...

(...)

***Doralice:** é..., porque é uma coisa assim... que marginaliza, né*

***Joana:** uma coisa mecânica, né.*

***Doralice:** Bem diferente, né, do que representa, ao que a classe representa, eu acho.*

***Iracema:** me sinto igualzinho ao Chaplin (faz com as mãos como se tivesse apertando dois parafusos) (rs).”*

3.5.3- “Coração de mãe” e coração de auxiliar de enfermagem

Com o objetivo de discutir o primeiro sub-tema deste encontro (*Superlotação de pacientes combinada com efetivo insuficiente de funcionários*), levamos à reunião algumas falas que se referiam ao modo como a superlotação influencia na qualidade do cuidado dos bebês e sua família, além das conseqüências para a saúde das auxiliares de enfermagem.

Um dos três enunciados expostos neste momento (“a política do Hospital é a de ser como um ‘coração de mãe’, não tem limite de entrada no hospital”⁸²), - foi o mais comentado e teve como efeito uma forte mobilização das participantes a falarem – mesmo que implicitamente - sobre características de seu ofício e da relação entre o trabalho de “acolhimento” feito naquele hospital e a saúde delas próprias.

***“Doralice:** o que ta aí [dito na frase] realmente é a realidade.*

***Rosa:** é, porque, principalmente, esse... falam que o hospital é um coração de mãe, por que?*

***Doralice:** ele é referência*

***Rosa:** geralmente as mães, elas passam por vários hospitais... chega aqui, vai deixar morrer? O médico que tem consciência, né. Um dia desses, eu tava conversando com uma auxiliar lá, ela disse que chegou uma mãe com uma criança já com a perna roxinha do lado de fora da vagina dela...*

***Iracema:** olha só que absurdo, né!*

***Rosa:** aí o doutor, - como é o nome do doutor lá? – rapidinho botou ela na sala e fez a cesárea dela. (...) passou por dois hospitais, esse foi o terceiro, e ficou com ela. Diz que ela ficou muito agradecida, o primeiro filho da mulher...*

Joana: e o trauma...

Iracema: e o trauma que ela passou!

Joana: pra mãe, o bebê, eu hein!

Rosa: quer dizer, é muito gratificante, né, (...)

Iracema (cortando): é aquele negócio: nós que estamos trabalhando, às vezes a gente se queixa, né?

Rosa: é...

Iracema: “pôxa vida, também não fecha a porta! que não sei o quê...”

Rosa: não fecha a porta...

Iracema: mas, quando você se coloca no lugar da pessoa que ta lá fora querendo uma vaga..., não é verdade? (outras falam ao mesmo tempo, concordando) aí você tem que..., porque deve ser terrível, eu nunca passei por isso, mas deve ser horrível você ficar, bate num hospital, bate no outro, bate no outro e ninguém te atende, já pensou?”

As auxiliares afirmam ser *gratificante* poder atender as pessoas que passam por diversos hospitais sem receber socorro, mesmo se isso gera a superlotação no setor delas. Com isso, parecem falar de uma característica que distingue este hospital dos demais, caracterizando-o como sendo “realmente” um “coração de mãe”, alcançando o pleno sentido expresso por este dito popular.

O coração, visto popularmente como órgão central ao funcionamento da vida humana e responsável pelos ritmos variados dos batimentos dentro do peito, é simbolicamente relacionado às emoções e ao que não pode depender da razão. Assim, o que o coração determina justifica-se por si só, sem haver necessidade de uma explicação lógico-racional. Além disso, o simbolismo trazido pelo dito popular: "(...) é que nem coração de mãe, sempre cabe mais um" está fortemente relacionado às idéias de generosidade e acolhimento. E, afinal, nada mais coerente de um lugar que é *para mãe* do que ser um “coração de mãe”.

Joana, que começa a participar mais ativamente do encontro neste momento, conta a história vivida por sua cunhada, que sofrera erros de condução de sua gravidez de risco em outro hospital e foi aconselhada por ela a procurar o Hospital, para ser orientada sobre a gestação de um outro filho. A seguir, a auxiliar relata o diálogo que teve com sua cunhada e confirma a idéia de que ser “coração de mãe” é uma marca deste hospital:

“Mariana, lá onde eu trabalho, a gente não é Deus, ta, porque realmente se você não tiver condição de ser mãe, tiver alguma coisa..., mas se tiver dentro do alcance do pessoal, dos médicos... – até alguns médicos, que eu não conheço todos, mas sei que alguns que eu ouço falar que são bons e o pessoal profissional de lá é muito bom – eu acho que você deveria pedir em encaminhamento pra lá’. (...) ‘o pessoal lá é competente, são profissionais pra caramba, você não precisa ter medo, não precisa se preocupar’. Porque a gente vê esse tipo de coisa por aí, como ela [Rosa] falou que acontece, como eu vi acontecer com ela e ela falou, por conta disso ela já,

*teve dois filhos, já ligou [as trompas]..., hoje é mãe, tão lá os meus sobrinhos lindos e maravilhosos correndo pra tudo quanto é lugar, entendeu? (rs) e eu até, domingo agora, falei: ‘ah, (Nome do hospital) tem **muita história pra contar!**’ (rs) porque é legal, entendeu, então, a gente tem essa coisa de coração de mãe **mesmo, uma coisa boa que tem aqui é que o pessoal envolve muito a gente nessa... nessa palavra mesmo: acolhimento, o hospital tem muito essa coisa”**(Joana).*

A fala de Joana chama a atenção para o fato de que a marca desta instituição não é apenas acolher quem está precisando, independente do número de pessoas, mas, principalmente de atender *com qualidade*. Assim, o “coração de mãe” não apenas comporta *mais um*, mas o trata de uma forma diferenciada, com competência e profissionalismo, comparáveis até com a perfeição implícita na idéia de “Deus”.

O confronto das participantes com essa frase parece ter contribuído para que elas expressassem uma espécie de dimensão corporal-afetiva (“do coração”) do ofício da enfermagem. Esta dimensão mostrou-se através da explicitação e da defesa de um forte compromisso com a vida, com o cuidado de seus pacientes e com a própria sociedade e sua demanda por cuidados de saúde. De acordo com as falas das auxiliares, pudemos notar algumas regras implícitas presentes não apenas em seu coletivo profissional, mas, talvez, do patrimônio de valores daquele hospital:

- *pode* não se ter todas as *condições* para o atendimento dos clientes (mães e bebês);
- *pode* ser que a superlotação gere problemas na assistência (infecção hospitalar, menor atenção no cuidado dos bebês e seus familiares) ou uma sobrecarga de trabalho prejudicial à saúde dos profissionais (“nós que estamos trabalhando, às vezes a gente se queixa, né”)...

- mas, o que *não se pode* (tendo em vista não apenas a saúde dos clientes, mas a das próprias auxiliares), é deixar de atendê-los (“quando você se coloca no lugar da pessoa que ta lá fora querendo uma vaga... aí você tem que...”; “é muito gratificante, né”), pois isso significaria deixar de “ter coração”.

A partir destas regras podemos perceber que, por mais que o “acolhimento” de um número maior de pacientes possa representar algo *ruim* para o trabalho delas, isto *também é bom*, no sentido de que mostra a construção de um patrimônio de normas e valores próprios àquele espaço de trabalho. Torna-as membros de uma organização que apresenta um trabalho de destaque, nem que seja por possuir um “coração aberto”, frente ao gritante descaso vivido pelas pessoas que dependem da assistência dos serviços públicos de saúde no nosso país.

Durante as visitas de observação e as conversas com as trabalhadoras, a superlotação do setor aparecia como uma das suas principais queixas, colocando-se muitas vezes como o ponto mais negativo de seu trabalho, relacionado, entre outras coisas, à proliferação de infecções hospitalares. Esta constatação nos fez questionar-lhes sobre as conseqüências da superlotação. A isso as participantes responderam:

***Doralice:** é porque não tem jeito, o paciente vem pedindo socorro, a gente não pode negar. A gente sabe que às vezes aqui tá cheio, mas pôxa, tem que ajudar, a criança tem que ser ajudada, né, a mãe também, então...*

***Iracema:** se você não ajuda você “ta sendo omissa”, né*

(...)

***Iracema:** alguém vai ter que abrir a porta..., porque, infelizmente, a realidade do serviço público...*

***Doralice:** é essa!*

***Iracema:** é essa!*

***Doralice:** eles [os outros hospitais] têm limite, eles respeitam o limite deles, entendeu...*

(...)

***Iracema:** cabe aos nossos governantes aí modificar, né.*

***Doralice:** é ajudar, isso!*

***Iracema:** aumentar o número de hospitais, ou leitos, sei lá, fazer alguma coisa! (2”) o que a*

gente não pode é fechar a porta! (rs)

Joana** (Iracema fala ao mesmo tempo): É. Essa coisa de não poder dar atenção porque tem muito bebê... (comentando outra fala⁸³) Isso a gente sente muito, mas, infelizmente, a gente vai pra esse lado de lá, de começar a ter que dar assistência pra uma pessoa que tá batendo em vários lugares e não consegue..., como a Iracema falou: “algum lugar tem que abrir a porta” e se a gente abre a porta... infelizmente, tem muita gente? **Tem.** Tem muita criança pra cuidar? **Tem, mas a gente tá cuid...

Doralice:** Tem o risco de infecção? **Tem, mas...

***Joana:** Entendeu? É com... é uma coisa que a gente não tem como medir...*

(...)

***Iracema:** infecção... trata-se! Agora, depois que perder, minha filha...*

Percebemos através desta discussão, que a relação da saúde destas trabalhadoras com a possibilidade de prestar cuidado a alguém que está “batendo de porta em porta” sem ser atendido é bastante forte e direta. Portanto, não atender as mães que ali chegam para ter seus bebês parece ser *mais nocivo à saúde* destas profissionais do que trabalhar com um número enorme de pacientes. “Se virar”, “dar um jeito” pra atender muita gente dá pra suportar, o que não dá pra suportar é ver a mãe e a criança não serem atendidas e podendo morrer. É neste sentido que falamos de saúde enquanto modo de tornar o meio mais coerente com os próprios valores (sejam eles de um ou de vários humanos dentro de uma coletividade).

Parece-nos que, dentro da “realidade do serviço público”, ser “alguém” (“alguém vai ter que abrir a porta”) é algo fundamental para a preservação do ofício destas trabalhadoras, enquanto que “ser omissos”, ter “limite” e “medir”, é “não ser” profissional de enfermagem, é sinônimo de destruição do ofício. Quem tem “coração de mãe” não “mede” esforços pra atender a quem precisa de ajuda, afinal ser “ninguém” é “não ser”, é permitir até mesmo a morte de quem está deixando de ser atendido.

Assim, se “alguém” “tem que...”, este “alguém” são elas. Aí a divisão sexual e social do trabalho hospitalar se mostra premente, no sentido de que *não poder negar cuidado* (“ter que”) está historicamente relacionado com um aprendizado e uma prática femininos, o que este hospital (maternidade) expressa bem.

Neste sentido, ao discutir a “herança de gênero” das profissionais de enfermagem, Castrillón (1997, p. 109) afirma que a socialização da mulher está atrelada a demandas de que esta esteja sempre à disposição dos demais; defina sua vida e busque a sua identidade a partir de um homem e deva-se antecipar às necessidades dos outros para cuidá-los e ajudá-los a expressar suas necessidades (“ser para os outros”).

Em relação aos contingentes de sexo entre profissionais de enfermagem, Lopes (1987 e 1996 *apud* Lopes & Leal, 2005) constatou, em estudo realizado em 1987, a predominância feminina em todas as categorias de enfermagem e, entre as auxiliares, especificamente, este índice alcançava 91,5%. Segundo dados colhidos junto à supervisão de enfermagem do hospital, trabalhavam no berçário em maio de 2006 (divididos em seis grupos de plantão), 104 auxiliares, dentre os quais apenas um era do sexo masculino.

Lopes & Leal (2005), ao analisarem o fenômeno persistente da feminização da qualificação profissional da enfermagem brasileira sob a perspectiva da divisão sexual do trabalho, esboçam algumas pistas para compreendê-lo. Uma das vias de compreensão das autoras é a de que estaria se redesenhando a defesa, histórica entre as mulheres, de sua condição de “cuidadoras”. Assim, considerando-se que somente as mulheres aprendem a cuidar, e que são principalmente os cuidados de manutenção da vida que alimentam essa justificativa, elas estariam construindo, em conseqüência, “um saber-fazer que se esforçam em valorizar, amar e defender (por que não?) ao longo de suas vidas” (p. 125).

Esta pista apresentada por Lopes & Leal (*idem*, *ibidem*) parece fazer sentido com a construção e defesa de um patrimônio de valores e normas relacionados ao “cuidar” que é muito caro a estas trabalhadoras.

Com essa discussão, pudemos perceber que a dimensão afetiva da atividade de trabalho das auxiliares mostrou-se, na verdade, como uma regra de ofício destas profissionais e como uma marca registrada desse hospital. Afirmar isto significa dizer que

se afetar diretamente com o que vivem as pessoas (mulheres grávidas) que estão chegando ao hospital em situação de sufoco e desrespeito (já abandonadas) está longe de ser entendido de modo psicologizante. Ou seja, dizer que a dimensão afetiva configura-se como uma regra de ofício é diferenciá-la de uma vivência individual independente da participação de um gênero profissional. A dimensão afetiva do trabalho estaria, então, atravessada pela sua dimensão de profissionalidade.

Quando Joana diz que este hospital “tem muita história pra contar!” ela está falando de um patrimônio de valores e de normas que foi e continua sendo construído coletivamente ali dentro. Esta construção tem a ver com uma incorporação (no sentido mesmo de tomar para o corpo) pelas trabalhadoras do hospital como algo que é delas próprias. Neste sentido, para Schwartz (2007a), a transformação em patrimônio fala da relação entre a atividade e o meio de trabalho, e significa sempre uma tentativa mais ou menos exitosa, mais ou menos fracassada, de “construir contornos de um meio que seja um pouco o seu, em função dos valores que são os seus, que são extremamente diversos, segundo as pessoas, segundo a história, segundo as culturas”.

Uma outra compreensão possível para o fenômeno do “coração de mãe”, em sua relação com a saúde, pode ser dada a partir dos achados de Pitta (1991), em seu estudo sobre sofrimento psíquico entre trabalhadores de saúde. A autora obteve como resultado uma maior “proteção” em relação a sintomas psíquicos entre os profissionais que trabalhavam diretamente com pessoas e, portanto, com dor, sofrimento e morte, do que entre aqueles que não lidavam diretamente com os pacientes em seu dia-a-dia de trabalho no hospital. Pitta entende que a função de cuidar e prover o paciente dos elementos essenciais à sua subsistência e recuperação seria socialmente valorizada e mesmo vista como algo portador de um valor “nobre”. Daí, as possíveis dificuldades encontradas, em matéria de saúde, no contato direto com o paciente, mesmo em situações de proximidade iminente da morte ou de extremo sofrimento, seriam superadas pelo reconhecimento e valorização social da assistência prestada.

Joana, comentando a fala “o trabalho lá [na UTI] é mais estressante”, parece corroborar, em alguma medida, os achados de Pitta (1991), na medida em que defende a presença de um prazer naquele trabalho (relacionado, entre outras coisas, a um certo valor social), sem aceitar uma idéia naturalizada de que ele “é estressante (apenas)”:

*“[a UTI] é estressante por causa disso, porque você trabalha **o tempo todo querendo que a coisa role na maior tranquilidade possível, né, mas sempre tem um percalço, sempre tem... aí às vezes, a gente fica com essa palavra aí de “estressante”, mas não que o trabalho em si te dificulte tanto assim,***

*entendeu? Pode ser... em outras partes, mas a UTI é um local bom de você trabalhar, você aprende muita coisa... (...) sabe? Conhecimentos que, se você for falar pra pessoas aí fora, as pessoas: **'nossa, e tal, você tem coragem um bebezinho, entubar?!'** tem gente que passa por aqui, olha: **'ah, não acredito, você consegue pegar neles?'** ta entendendo? Então, é uma coisa, ali é uma superação..., o estresse é só por conta dessa coisa mesmo, de você ta tentando fazer alguma coisa na criança, você ficar toda hora tentando melhorar aquele quadro, às vezes você chega a ficar com uma criança três, quatro meses lá dentro, é cansativo...”(Joana)*

Ainda quanto à questão do prazer e do sofrimento, Dejours & Jayet (1994) salientam que, “o reconhecimento de certo sofrimento no trabalho não é incompatível com um prazer obtido da relação com o trabalho. Prazer e sofrimento podem resultar de lógicas *relativamente* independentes” (p. 106).

3.5.4 - A questão do cargo de auxiliar de enfermagem e o nível salarial

Ao contrário do que prevíamos, as participantes não consideram ruim o salário que recebem, especialmente se comparado ao pago em hospitais particulares ou estaduais para a mesma categoria. Além disso, elas nos revelaram que há dois níveis salariais entre as auxiliares de enfermagem dentro do funcionalismo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que dependem do grau de formação (nível fundamental ou médio), mas que não significam diferenças em relação a suas funções, competências e responsabilidades e ambos são classificados como de “auxiliar de enfermagem”.

A maioria das auxiliares do setor participou de um curso de formação dentro do próprio hospital, em convênio com uma escola técnica de enfermagem para adquirirem o nível de formação equivalente ao de “auxiliar de enfermagem com ensino médio” o que, segundo elas, corresponde ao nível de formação do técnico de enfermagem. Esta complementação, no entanto teve como resultado apenas um aumento no salário e o “título” de técnico de enfermagem (através de uma qualificação acadêmica formal), não gerando, porém diferenças na prática de trabalho delas, conforme contaram as participantes do encontro.

“Leticia: e o que vocês acham dessa nomenclatura ‘auxiliar de enfermagem’?

Iracema: olha, não tenho nada contra não, nós somos auxiliares mesmo (rs)

Rosa: é, nós auxiliamos o tempo todo mesmo, né.(rs)

Joana: o técnico é um auxiliar, o que o técnico faz de diferente do auxiliar?

Iracema: nada, ele tem o [nível de formação] técnico (...)

Joana: eu que sou técnico há tantos anos, não mudei em nada... (...)

Doralice: porque isso é só...

Iracema: título!

Joana: é

Doralice: isso, pronto. Título. Só isso, nada mais.

Iracema: que modifica...

Doralice: Porque tudo o que você... eu já fazia

(...)

Iracema: e no código de deontologia diz que o técnico..., ele... ele pode administrar pequenas unidades sob supervisão de enfermeiro, só isso.

Letícia: mas isso faz bastante diferença, né?!

(...)

Joana: mas isso não acontece na prática!

(...)

Iracema: na prática, eu nunca vi e acredito que ninguém aqui tenha visto nenhum técnico administrando nada! (...) não existe! Eu acho que..., ainda mais agora com tantos enfermeiros, você acha que ele vai dar essa confiança de técnico administrar alguma unidade?! (rs) (...) (pergunta para Joana): você já foi convocada alguma vez pra participar da administração da assistência?

(rs)”

Iracema introduz na conversa uma questão que nos pareceu bastante interessante: ela diz que a única diferença entre técnicos e auxiliares, presente no código de deontologia, é que o técnico “pode administrar pequenas unidades sob supervisão de enfermeiro”. As auxiliares contam, no entanto, que isto não acontece na prática e, por isso, não há diferença entre as funções de técnico e de auxiliar.

A introdução discreta (como se estivesse falando de algo trivial) de Iracema sobre o fato de que técnicos de enfermagem podem ter uma função, digamos, mais gerencial do trabalho⁸⁴ do que os auxiliares, parece expressar uma crítica aos limites que estão sendo colocados para o desenvolvimento da profissão delas. Ou seja, na realidade estas auxiliares recebem um salário referente ao nível técnico, têm capacitação neste nível, mas não têm espaço para exercer todas as potencialidades e capacidades que obtiveram. Assim, notamos que não são apenas as suas competências fortemente ancoradas no desenvolvimento da experiência prática de trabalho, mas também as formas de qualificação formal delas que não são levadas em consideração e aproveitadas como poderiam pela organização do trabalho.

Esta discussão parece remeter diretamente para a constituição de uma pirâmide hierárquica presente no trabalho hospitalar, especialmente entre enfermeiros/ as e auxiliares, que já foi comentada na seção anterior (3.4.2). Esta *pirâmide* seria formada de modo que o fato de se possuir nível superior (graduação universitária) se equivaleria a *ser* superior, enquanto que o nível dos técnicos e auxiliares seria o nível inferior, considerado,

por rebaixamento, de maneira indiscriminada, como “farinha do mesmo saco”. Assim, muito mais do que grau de conhecimento, qualificação e competência, o que conta na divisão hierárquica é o exercício do poder que está associado a cada categoria profissional.

Por essa via de compreensão, o fato de se criar espaços para o *nível inferior* se desenvolver é visto como perigoso para quem está no topo da pirâmide, pois o desenvolvimento do *inferior* pode fazer com que ele se aproxime do *superior*, gerando a sua desestabilização. Isso parece explicar o seguinte trecho da fala de Iracema: “com tantos enfermeiros, você acha que ele vai dar essa confiança de técnico administrar alguma unidade?”.

3.5.5 - Sobre a invisibilidade do trabalho e da sobrecarga

O movimento desencadeado em Iracema e Doralice por uma das falas expostas sobre o tema da sobrecarga de trabalho invisibilizada (“mesmo que você tenha que pegar peso, em um CTI de adulto, você vai ter dez leitos, veja quantos leitos tem aqui!”) foi, inicialmente, o de discordância:

“Iracema: eu acho que é meio complicado você comparar paciente adulto com paciente neonatal. O tempo que eu levo cuidando de um bebê é muito inferior ao tempo que eu vou levar só no banho de um adulto...

Joana (concorda): adulto...

Iracema: você imagina um adulto que esteja em situação em comatose que dependa de mim pra..., né, pra tudo. Eu acho que não dá pra comparar. Esse tipo de comparação não dá pra fazer. Mesmo se aqui tiver 20 crianças..., que você assuma, na pior das hipóteses, cinco, né, como já teve aqui..., é diferente.

Doralice: é diferente, é, não dá pra comparar mesmo.

Iracema: o trabalho adulto pra mim acho que é muito mais... só aquele banho gente, toma muito tempo...”

Esta comparação havia sido feita por Beatriz⁸⁵ em uma conversa durante uma de nossas visitas ao berçário. Ela falava sobre como o cansaço físico decorrente no trabalho intenso na UTI neonatal - fazendo com que as auxiliares mal consigam sentar-se durante os plantões - era invisibilizado pelo fato de os bebês serem leves e pequeninos. Ela chamava a atenção de que, se eles são mais leves e menores do que adultos (com quem também trabalha, em outro hospital), também demandam maior observação (contínua) e ocupam menos espaço, possibilitando que a UTI neonatal contenha muito mais leitos do que uma de adulto, mesmo se a correlação de profissionais pra cuidá-los seja parecida.

A partir do momento em que explicamos o contexto da frase exposta e vamos questionando a posição inicial de Iracema, esta auxiliar vai reconsiderando alguns pontos e

termina por concordar com a frase. Este processo parece ter a ver com o próprio processo de dar visibilidade à atividade desenvolvida por elas, escamoteada muitas vezes nos seus menores detalhes.

“Iracema: não, realmente, em pé a gente fica muito.

(...)

Iracema: não, realmente! Já teve dias, da gente ficar em pé da hora que chega..., o único momento que a gente conseguiu sentar foi lá embaixo na hora de almoçar.

Doralice: almoçar e mesmo assim com a cabeça aqui em cima...

Iracema: Aquela meia hora e volta correndo porque já tá aquele monte de coisa esperando pra ser feita, entendeu? Realmente, quando tem superlotação, é...”

As trabalhadoras apontam, enfim, para uma forte mobilização (invisibilizada) do *corpo-si* (Schwartz, 2007b) no trabalho na UTI, quando falam de “ficar em pé da hora que chega...” e de “almoçar e, mesmo assim, com a cabeça aqui em cima”. A repetição da palavra “realmente” por Iracema no último trecho apresentado parece dizer sobre uma espécie de reajustamento da posição desta auxiliar que, inclusive, retoma – implicitamente -, a questão da relação entre superlotação e a saúde das trabalhadoras, discutida no início do encontro (“Realmente, quando tem superlotação, é...”).

A colocação de Doralice (“almoçar e, mesmo assim, com a cabeça aqui em cima...”) também demonstra uma reconsideração do seu posicionamento inicial, ao lembrar a dificuldade de se ter pausas durante o trabalho e que, mesmo estas, não significam um afastamento - mesmo que sempre relativo – da atividade. Neste sentido, o tempo em que se está almoçando também faz parte da atividade de trabalho, também é tempo efetivo de trabalho, tempo no qual o *corpo-si* está mobilizado por inteiro, participando de uma atividade fortemente *incorporada*.

Um outro ponto discutido logo em seguida, dentro deste sub-tema, surgiu a partir do enunciado “O auxiliar de enfermagem não é só auxiliar de enfermagem no cuidado com a criança, a gente faz terapia com a mãe, a gente é psicóloga, a gente é *ene* coisas, serviço social... é tudo”, expresso por Madalena no Encontro III.

Doralice iniciou a discussão falando sobre a atuação das auxiliares como “psicólogas”, especialmente em relação às mães dos bebês. O interessante é que esta participante chamou a atenção de um aspecto diferente do que vinha sendo apontado sobre esse assunto em momentos anteriores (focado na atenção às mães), ao falar sobre a detecção da demanda e necessidade de atendimento da mãe e o próprio encaminhamento da mãe para o serviço de saúde mental do hospital. Assim, Doralice apontou um aspecto

talvez ainda mais invisível da *polivalência* demandada pela atividade delas do que a “terapia com a mãe”, comentada por Madalena, ou seja, ela falou sobre o que se dá antes mesmo dessa “terapia”: o próprio trabalho de observar e perceber uma situação em que a mãe precisa de um acompanhamento psicológico.

“Doralice: esse daí [refere-se ao enunciado exposto no quadro] de que a auxiliar de enfermagem, que ela age até como psicóloga, isso aí é real mesmo, porque têm vezes que você vê que a mãe não está bem, né, aí normalmente a gente faz o quê? a gente chega na enfermeira ‘oh aquela mãezinha não ta legal não, ta precisando de ajuda’ aí vai, solicita a psicóloga, às vezes a mãezinha não quer ir lá em cima né, no quinto [onde fica o serviço de saúde mental], é rotulado né, você procurar um psicólogo, normalmente elas acham que... tem um preconceito. Então, é solicitado, aí elas [as psicólogas] vêm aqui embaixo, (...), aí consegue, então, levar a mãe pra sala [de atendimento de saúde mental], a gente faz muito disso, realmente.

Letícia (preocupada em explicar o sentido da fala, achando que Doralice não entendeu): essa fala não é nem no sentido de que chamam a psicóloga, mas de que agem como uma...

Doralice (mostrando que entendeu): é..., é, mas às vezes você age como psicólogo assim, né, porque você vê que ela precisa...”

Interessante notar que, ao chamar a atenção desse aspecto da atividade, Doralice não quer dizer que as auxiliares também não ajam fazendo uma “terapiazinha” com as mães. Ela havia explicitado isso no início deste encontro quando falávamos sobre as dificuldades geradas pela superlotação, influenciando também na atuação das auxiliares junto às mães dos bebês. A fala seguinte é um comentário sobre a frase: “quando a gente tem muita criança, a gente não tem nem como dar atenção, nem mesmo ao bebê que a gente ta cuidando, muito menos à mãe”.

“Doralice: eu acho que isso aí é relativo, porque, normalmente, nós estamos cuidando de um bebê, né. Aí a mãe ta presente, - porque nem sempre as mães tão presentes ali na UTI, né - a mãe ta ali porque o bebê ta..., não está no oxigênio, em uso de oxigenioterapia. A gente até pede: ‘mãezinha, quer ficar com o bebê um instantinho?’ A gente envolve ele bem, por causa do ar condicionado. Ela segura um pouquinho no colo, a gente aproveita e troca a [roupa de] cama... a gente ainda faz essa terapiazinha, né. quando dá, a gente procura fazer, a gente sempre dá o melhor: ‘ta precisando de cadeira? Ta se sentindo bem?’. Ela quer uma cadeira, dá. A gente sempre faz, a gente sempre arranja um tempo pra fazer isso, a gente não dá pra ignorar a mãe, quando ela ta ali presente. Não dá, graças a Deus, não dá pra ignorar não. (rs)”

A fala de Doralice – sempre chamando a atenção para o seu coletivo de trabalho com a expressão “a gente” dita repetidas vezes - caminha do “quando dá”, para o “a gente sempre faz, a gente sempre arranja um tempo pra fazer isso, a gente não dá pra ignorar a mãe”, mostrando que o trabalho com as mães faz parte integral de suas atividades e não se resume a dar informações ou tirar dúvidas, indo muito além disso. O trabalho com a mãe na UTI parece não ser tão constante como nas outras unidades, porque elas não ficam tanto tempo lá, como nos outros setores - onde já podem e são estimuladas a terem maior aproximação dos bebês e participarem do seu cuidado. Isso faz com que a presença delas na UTI acabe sendo mais difícil de não ser percebida ou realmente considerada.

Em seguida, as participantes lembram exemplos de situações em que foi preciso realizar um trabalho em conjunto com outros profissionais para resolver o problema das mães:

“Iracema: criança grave, grave, grave. Gente, como vai ser o dia que essa criança... morrer. Essa mãe vai..., já ta surtada, né? Eu sei que ela não gostava de sair de perto da criança **pra nada. Ela ficava o tempo todo ali, a gente ficava pra ela ‘mãezinha vai almoçar, se você não almoçar na hora que o neném tiver que mamar você não vai ter leite’. A gente usava.... entendeu? (rs), mas ela não ia, não adiantava, todo mundo...(rs)**

Rosa: o psicólogo também, né

Iracema: o psicólogo também, ela ficava o tempo todo.

Doralice: ela só saía pra tomar banho.

(...)

Rosa: Lá no Canguru mesmo tem uma lá, a Roberta, a criança passou aqui, né, na UTI, ficou grave, entubada, saiu, agora ta lá no Canguru, só que é muito novinha ainda a criança, né, não ta conseguindo puxar o peito, aí ela ta vendo todas as mães indo embora e ela ficando. Teve um plantão aí, diz que ela falou que não ia botar a filha dela no peito, porque não ta conseguindo sugar, então ela vai... ela já mandou comprar a mamadeira, a família já trouxe a mamadeira, a xaquinha... (...) então, a fono já conversou, nós todas conversamos com ela... (...) de tanto todo mundo conversar, hoje mesmo eu já fui lá, ela falou ‘ah, graças a Deus, a minha neném já ta pegando no peito’.

Letícia: mas você não ta lá hoje⁸⁶, né, você foi lá pra quê?

Iracema (brincando): fazer o serviço social...

Rosa: não, eu fui lá porque eu estava precisando de [esparadrapo] micropólio, aí eu sabia que lá em cima tinha, aí eu fui lá, peguei um pedaço e comecei a conversar com ela: ‘como é que ta a neném, já ta pegando?’, aí ela: ‘ah graças a Deus pegou, já ta pegando devagarzinho’ (...) Tem que incentivar, né, a colocar, porque se ela ficar com esse negócio de nunca colocar, aí é que não vai pegar mesmo, né.”

As duas situações relatadas acima parecem envolver, entre outros aspectos:

- A formação de ECRP, para além da equipe de enfermagem plantonista, envolvendo, pelo menos, auxiliares, psicólogos e fonoaudiólogas (“a fono já conversou, nós todas conversamos com ela”);

- Um forte *uso de si* das auxiliares, completamente contrário a uma idéia de que o trabalho delas seria “repetitivo” e de pura “execução” (“a gente ficava pra ela: ‘mãezinha vai almoçar, se você não almoçar na hora que o neném tiver que mamar você não vai ter leite’. A gente usava..., entendeu?”);

- Uma forte invisibilidade das suas ações durante os processos relatados que, porém apresentam resultados concretos e visíveis (“de tanto todo mundo conversar, hoje mesmo eu já fui lá, ela falou ‘ah, graças a Deus, a minha neném já ta pegando no peito’”).

Ainda dentro da discussão entorno da sobrecarga de trabalho invisibilizada, a leitura da frase “o trabalho lá [na UTI] é mais estressante”, despertou nas auxiliares, principalmente em Iracema e Doralice, falar sobre o prazer de se trabalhar na UTI, comparando esta unidade a uma *cachaça*. Essa comparação com a cachaça, - que representa o prazer, uma certa tranqüilidade e, ao mesmo tempo, o vício -, é interessante na medida em que expressa a ambivalência presente entre os aspectos da atividade, que se relacionam tanto com a produção de saúde, como com a sua fragilização. A seguir, as participantes falam sobre estes aspectos:

“Iracema: ‘o trabalho na UTI é mais estressante’... com certeza.

Doralice: mas é estressante, é uma cachaça, né?

Joana: dependendo do dia, né...

Iracema: é uma cachaça, é viciante, você vicia com aquilo ali, entendeu?

Letícia: Por quê?

Doralice: (rs) you gosta, não adianta, você reclama, termina o plantão, você: ‘nossa hoje foi horrível não sei o que...’

Iracema: é.

Rosa: mas, por um outro lado, às vezes é bom, porque de tanto ficar zanzando pra lá e pra cá ajuda o tempo passar, né?

(...)

Iracema: te ocupa a mente o tempo todo, né.

Doralice: a gente corre contra o relógio.

(...)

Rosa: aquelas crianças que ficam três meses aqui, quando a gente vê [o bebê] sair de lá, pô, isso é muito bom, né, quando a mãe traz pra mostrar pra gente.

Joana: (rs) eu vejo assim, na visão delas aqui, por exemplo, as duas (Iracema e Doralice) que falam assim... né, que bebem essa cachaça da UTI (rs) com maior o prazer, que, assim, quando elas fazem os trabalhos... - que a gente observa uma colega e outra, o que já foi falado aqui – assim, deu aquele momento de humanização ai olham: “o neném ta bem” (com voz de felicidade, de carinho), ai, vê os bebês tudo bonitinhos, tudo lá, tudo bem, elas ficam tranqüilas, sabe? Então, é uma coisa que ao mesmo tempo é

***prazeroso**, que nem essa coisa desse prazer que você tá falando, entendeu, de ver que fez, tá tudo bonitinho... tá tudo **bem**, a medicação entrou no **horário certo**... tá tudo numa ótima, a saturação também...*

Até mesmo a questão da intensidade do trabalho na UTI, que aparece nas falas das auxiliares (“de tanto ficar zanzando pra lá e pra cá ajuda o tempo passar”; “te ocupa a mente o tempo todo”; “a gente corre contra o relógio”), acaba sendo vista de forma relativamente positiva pelo fato de fazer com que o tempo passe mais rápido.

A fala de Rosa sobre a satisfação de ver um bebê saindo da UTI parece ter a ver com os resultados mais visíveis e concretos da sua atividade e com o reconhecimento desta, demonstrado especialmente quando as mães levam os bebês, depois de um tempo de alta, para mostrá-los à equipe.

A colocação de Joana sobre a observação de suas colegas mais “uteístas”⁸⁷ e de “ver” o prazer destas ao perceberem o resultado de seu trabalho, ressalta a idéia de que, apesar dos problemas enfrentados por estas trabalhadoras, a sua atividade de trabalho parece estar associada à saúde de maneira muito positiva (“aí, vê os bebês tudo bonitinhos, tudo lá, tudo bem, elas ficam tranqüilas, sabe? Então, é uma coisa que ao mesmo tempo é prazeroso”). Esta associação aparece na fala de Joana ao expressar os modos como as suas colegas recriam as normas antecedentes de seu trabalho, recentrando o meio com base nos seus próprios valores e produzindo um resultado esteticamente bonito de se ver.

Sobre a frase “Esse é um trabalho com uma grande sobrecarga emocional”, as auxiliares falam da invisibilidade deste aspecto entre elas próprias, decorrente da “rotina” de trabalho, e fazem uma comparação muito interessante com a adaptação delas aos ruídos da UTI.

***Iracema:** eu acho que essa sobrecarga, ela começa a ficar assim... existe a sobrecarga invisível, (outras falam ao mesmo tempo) a partir do momento que vira uma rotina na sua vida essa convivência, não é verdade?*

(as outras concordam)

***Letícia:** como é que é?*

***Iracema:** eu acho que é uma coisa que existe, mas você nem percebe, se torna rotina mesmo, né? Acaba... fazendo parte.*

***Doralice:** faz parte, é.*

***Letícia:** Não só não percebe aqui como também não percebe quando chega em casa...?*

***Iracema:** Letícia, passou da porta pra fora eu esqueço tudo.*

(...)

***Letícia:** mas isso é uma coisa que interfere na saúde? O que vocês acham?*

***Iracema:** pra mim..., na minha não.*

***Rosa:** talvez interfere e a gente nem percebe, né.*

***Doralice:** é...*

Joana: *é*

Iracema: *se interfere... interfere é uma coisa assim (4)... que fica... escondida, né...*

Doralice: *que nem o barulho, né, que nem o barulho (rs)*

Iracema: *o barulho (...) eu to ficando surda, eu to ficando surda (...)*

Iracema: *em casa mesmo, cara, às vezes o telefone toca, meu filho: ‘mãe, o telefone!’*

Doralice: *demora a registrar, né?!”*

A comparação feita por Doralice e confirmada por Iracema sobre a questão do “barulho”, teria possibilitado a Iracema falar do quanto, apesar de “escondida” e “invisível”, a “sobrecarga emocional” também é levada para casa e interfere nas relações domésticas (“em casa mesmo, cara, às vezes o telefone toca, meu filho: ‘mãe, o telefone!’”)? Parece-nos que as auxiliares falam, na verdade, de algo que, - como o ruído (naturalizado) -, interfere sim na saúde, mas de forma não visível ou audível⁸⁸. Acreditamos que poderíamos identificar aí um movimento defensivo *de tipo ideológico* (Athayde, 1996) em relação à saúde, que possibilita a realização de um trabalho com tanta demanda afetiva e emocional ou de um aprendizado corporal para lidar com essas situações, como incorporadas à sua atividade (“Acaba... fazendo parte”).

A conversa sobre o ruído retorna ao final do encontro, nas falas a seguir, explicitando o incômodo e a naturalização relacionados a essa condição de trabalho e trazendo outros elementos interessantes:

“Iracema: *ai, muito barulho, cara. Ó, você tem incubadora, que alarma, você tem os monitores, as bombas difusoras, né?*

Rosa: *bombas. (rs) É.*

Iracema: *Em função dessa... superlotação, o quê que acontece? Os aparelhos não têm tempo pra descanso, coitados...*

?: *não tem, é.*

Iracema: *ele trabalha noite e dia, dia e noite e chega um momento, que a máquina também cansa, né. Então começa a já nem captar mais direito, aí alarma além do necessário.*

?: *é*

Letícia: *acaba que muitos alarmes não significam alguma coisa importante...*

(Várias concordam)

Joana: *não, o que eles fazem não condiz com o que você olha pra criança e você vê.*

Letícia: *aí, perde um pouco a função, né.*

Iracema: *a referência, né.*

Joana: *perde a função, porque aí a gente não pode tirar, tem que ficar ali...*
(Falam ao mesmo tempo)

Iracema: *engraçado, Letícia, é que você... o barulho ta ali do seu lado “piiiiiiiiiiiiiiiiiiii”, aí a colega ta assim: “eih, eih, aperta isso aí”!*

(Falam ao mesmo tempo)

Iracema: *e você não se dá conta de que o ruído tá ali. Eu não sei se é porque a gente fica muito tempo... (rs)*

Doralice: *você condiciona, a gente condiciona o barulho pra poder sobreviver.*

Iracema: *será que é isso?*

Doralice: *é.*

Letícia: *pra poder ficar as doze horas...*

Doralice: *pra poder ficar, a gente tem que condicionar. Que antigamente eu me lembro, teve um período que, na rua, o ônibus também tinha um barulho assim e aquilo me irritava. Aí eu falei: “pôxa, por quê que aquilo tá me irritando e os aparelhos [da UTI] não?” Mas é porque aqui eu condicionei, aprendi a condicionar o barulho pra mim poder fazer meu serviço sem mexer comigo.*

Iracema: *é mesmo Doralice?!*

Doralice: *é, é isso!*

(...)

Iracema: *(rs)... às vezes, você tá ali na criança, o alarme tá na sua criança, né...*

Rosa: *e a colega é que fala.*

(rs)

Iracema: *e a colega que tá longe lá: “eih, aperta isso aí!!!”. (rs) **E você não se dá conta! É impressionante!**”*

Cenas de auxiliares avisando as colegas sobre os apitos das incubadoras das colegas e da insistência de alarmes tocando na frente das auxiliares sem elas desativá-los foram observadas por nós diversas vezes durante as visitas.

Durante esta conversa, Iracema critica – de forma indireta –, mais uma vez, as situações de superlotação (“Em função dessa... superlotação, o quê que acontece? Os aparelhos não têm tempo pra descanso, coitados...”) e compara as máquinas a pessoas (às próprias auxiliares?), também de forma implícita (“a máquina também cansa, né”).

Aos poucos as participantes vão elaborando algumas explicações para entender o que acontece com elas próprias em relação a seu processo de trabalho, que faz com que não se “dêem conta” dos ruídos (“Eu não sei se é porque a gente fica muito tempo...”; “você condiciona, a gente condiciona o barulho pra poder sobreviver”; “é porque aqui eu condicionei, aprendi a condicionar o barulho pra mim poder fazer meu serviço sem mexer comigo”).

Um outro motivo que pode estar contribuindo para fazer com que elas não percebam, ou demorem para ouvir os ruídos, seria o fato de que, por estarem continuamente funcionando e não pararem para ter manutenção, estes alarmes apresentam erros na detecção sobre o estado dos bebês e alarmam muitas vezes desnecessariamente. Assim, as auxiliares parecem escolher, - mesmo que de maneira não consciente, mas muito corporal - confiar mais nos seus olhares que nas suas audições (“o que eles [os alarmes dos aparelhos]

fazem não condiz com o que você olha pra criança e você vê”). Poderíamos dizer que esta seria mais uma expressão da dimensão fortemente corporal da inteligência da prática (Dejours, 2004) presente na atividade destas trabalhadoras.

A questão da importância da observação constante presente no trabalho e no próprio ofício destas profissionais de enfermagem, apareceu fortemente em todos os momentos da pesquisa. Inúmeras foram as vezes que as auxiliares comentaram ter percebido algo pelo olhar, em expressões como: “a gente vê que...”, “eu vejo assim”, “você vê que a mãe não está bem”; “vê os bebês tudo bonitinhos,” você vê que ela precisa”; “quando a gente vê [o bebê] sair de lá [da UTI], isso é muito bom”; “essa coisa de olhar elas [as colegas trabalhando]”; “olha só que absurdo, né!”; “olha, não tenho nada contra não, nós somos auxiliares mesmo (rs)”; “tem gente que passa por aqui, olha: ‘ah, não acredito, você consegue pegar neles?’”.

Suspeitamos que as tantas expressões sobre o *ver* e o *olhar*, trazidas à fala pelas trabalhadoras, podem estar, por um lado, mostrando a importância da utilização e do desenvolvimento deste sentido para o trabalho delas e, por outro, revelando uma demanda por um olhar externo (de valorização/ reconhecimento) voltado para as suas atividades. Neste sentido, falar sobre o trabalho, durante os encontros, estaria contribuindo para se dar visibilidade a ele.

3.5.6- As condições materiais e a dimensão relacional do trabalho

A discussão do último tópico (Problemas com os materiais utilizados no trabalho [escassez e/ ou má qualidade] e sua influência na realização do cuidado) foi o momento em que as auxiliares falaram de modo mais explícito sobre o aspecto afetivo-corporal da dimensão relacional de seu trabalho. Este fato nos mostrou o quanto as condições materiais de trabalho não são apenas importantes para prevenir “riscos” físicos, químicos e biológicos, mas - talvez, principalmente no caso delas - os “riscos subjetivos” (Nouroudine, 2004).

Inicialmente, com o objetivo de estimular a discussão e contextualizar as falas, falamos sobre o lençol doado ao hospital - citado pelas auxiliares no pré-encontro (relatado no tópico 3.1) -, como um exemplo de uma condição de trabalho inadequada e distante da realidade das auxiliares. Surpreendentemente, as trabalhadoras nos contaram que o problema identificado por elas inicialmente no lençol, já havia sido corrigido com uma invenção de Rosa.

Este fato surpreendente, somado a muitos outros ocorridos durante todo o processo da pesquisa, contribui para expressar o quanto o trabalho (e a própria vida) é dinâmico e o

quanto isso representa a existência de uma constante defasagem da ciência ao procurar entendê-lo. É neste sentido que Schwartz (2000b) fala da necessária humildade epistemológica de quem se dedica a estudar a atividade humana, sempre mutante e nunca completamente alcançável pelo conhecimento científico.

Por outro lado, este elemento trazido pelas participantes aponta para a necessidade de se compreender as condições de trabalho sempre a partir da relação que se estabelece entre estas e quem trabalha, ou seja, a importância de se considerar a dimensão *relacional* (ou mesmo dialógica) do trabalho para que se possa entender como as condições desse trabalho, de forma não destacada/ isolada em si, dialogam com as situações vividas pelos trabalhadores.

A seguir, o diálogo das trabalhadoras sobre o lençol:

“Letícia: a questão do lençol, que vocês falaram aqui que escorrega...

Doralice: a Rosa descobriu um método ótimo!

Iracema: dar nó.

Doralice: é dar nó.

Iracema: eu dou nó.

Rosa: a gente reclama dele, mas ele é bem prático, depois que dá o nó fica...

(rs)

Letícia: então, do primeiro encontro até hoje já acharam uma solução.

(rs)

Doralice: tem que achar, não tem jeito (rs)”.

A discussão posterior se baseou no seguinte trecho de uma fala de Joana dita durante o pré-encontro:

“a gente passou uma hora numa criança e a gente tentando daqui..., então, é ruim, a criança já tava ficando fria, gelada, a mãe andando pra lá, pra cá, entendeu? E a hora passando, chegando o momento da gente fazer outros trabalhos e a gente o tempo todo ali em cima daquela criança mas, por que? Porque a gente tem um jelco péssimo pra se trabalhar, cada dia que passa são mandados materiais de péssima qualidade pra gente (...) isso desestrutura totalmente você, porque um dia de trabalho que você tem às vezes pra tirar como um dia tranquilo de trabalho, ou seja, não tá havendo parada, não tem ninguém morrendo, não tem nada, você fica com um dia de trabalho estressante, cansativo e por coisas pequenas, que poderiam ter sido resolvidas da melhor forma possível, aí você..., seu lado da saúde fica desestruturado? Fica! (Joana)”

Doralice questiona o termo “desestruturado” usado na fala para definir o modo como a saúde fica após uma situação de dificuldade no cuidado provocada pela má qualidade do material disponível para elas. Iracema, que estava no encontro em que foi colocada a frase,

tenta explicar a Doralice seu sentido, mas esta auxiliar esclarece a sua discordância no diálogo a seguir:

“Iracema: *muitas vezes isso realmente estressa..., eu acho.*

Doralice (muito calmamente): não desestrutura a pessoa, né. Estressa naquele momento.

(...)

Doralice: não, eu só achei assim, porque, na hora a gente fica mesmo..., a gente reclama, **rala caramba**, mas, depois, né, resolveu..., sempre tem uma irmã de caridade (referindo-se às colegas) ali que..., **né**, ajuda, **né**. Mas, depois passa.”

Ao falar que “sempre tem uma irmã de caridade” – além de remeter ao próprio histórico de sua profissão, envolvido por uma “vocação religiosa”- Doralice parece expressar a importância do seu coletivo para ajudar a resolver as situações problemáticas, auxiliando na conquista da saúde (entendida aqui em contraposição à “desestruturação”). Por outro lado, também mostra ter atingido em certo aprendizado para lidar com as situações “estressantes” sem que elas lhe “desestrutem”.

Em seguida, as auxiliares voltam-se para a preocupação com a dor dos bebês, e acabam por falar, neste momento, de maneira muito intensa sobre como esse sofrimento atinge a saúde delas. Ou seja, é quando falam das condições materiais e do sofrimento dos seus pacientes que elas conseguem melhor expressar o seu próprio sofrimento.

Iracema nos propõe imaginar em nosso próprio corpo os furos feitos na criança durante a perfuração para a punção. Entendemos que, com isso, ela procura facilitar a expressão da dor sentida pelos bebês e do próprio sofrimento delas em ter que agir do modo que agem, devido a determinados materiais oferecidos para o trabalho.

“Iracema: *eu acho que a maior vítima, nesse caso, é a criança.*

Doralice: *é, é o paciente.*

Iracema: *entendeu? Porque, realmente, a qualidade do jelco que a gente tem recebido...*

Doralice: *chega a doer na gente, né?!*

Iracema: *sabe aquela coisa que entra... entra rasgando (fala com dificuldade)...?*

Doralice: *é, chega a doer na gente.*

Iracema: *você já foi puncionada no jelco?*

Letícia: *sim, mas talvez não com um jelco ruim.*

Joana: (rs)

Iracema: *é dolorido, não é? É uma coisa dolorosa.*

Doralice: *porque fura, né.*

Iracema: Você imagina..., o quê que acontece? O material é ruim, você até fura, você consegue introduzir na veia, mas a veia dele [do bebê prematuro] já tem um calibre **muito ruim**. Aí, quando você tenta introduzir... o jelco,

estoura a veia , aí você fura em outro lugar, fura em outro lugar... então, você imagina..., quando você pára pra ser puncionado, né, numa furada que a pessoa te dá, você já fica assim meio que... Imagina você levar dez, vinte... ali, por uma hora... que é o que acontece!

Diante destas falas parece que fica mais fácil entender em que medida as dimensões micro/ macro, local/ global do trabalho se encontram. Falar das minúcias da atividade nos parece, no mínimo, estratégico para propor mudanças em níveis mais amplos e que atingirão diretamente o âmbito das microgestões cotidianas dos trabalhadores.

Durante boa parte do tempo desta discussão, Joana – a autora da fala exposta - não se colocou e, quando veio a falar expressou a dificuldade que tem em relação às situações que envolvem a falta de condições de trabalho favoráveis, relatando, inclusive, ter passado por uma experiência que poderíamos entender como de “desestruturação”.

Iracema, que em momento anterior negou a relação de sua saúde com a “sobrecarga emocional do trabalho”, no trecho seguinte expressa uma fragilização e é seguida pelas colocações de Joana:

***“Iracema:** mas emocionalmente, você fica mal com aquilo.*

***Joana:** malzona. Eu? Teve um período aí que...*

***Iracema:** uma coisa que você poderia ter dado **um furo** na criança, entendeu, quando você pega um jelco bom, como o jelco da Johnsons, por exemplo...*

***Doralice:** solta até fogos!*

***Rosa:** é.*

(rs)

***Iracema:** você coloca..., ele introduz na boa, você..., agora, quer dizer... a gente fica ali maltratando, maltratando, maltratando e a sua cabeça também não fica legal, né.*

(...)

***Joana:** e pra gente, profissional, é cansativo, porque você fica ali horas naquela criança, a criança vai perdendo **o calor**, entendeu...*

***Iracema:** vai ficando cada vez mais difícil, né.*

***Joana:** vai ficando cada vez mais difícil, como já foi eu e Iracema(L) numa criança e a gente ficar cansada! Olhar uma pra outra e ta (suspira imitando cansaço) **“puxa vida!”**, e ele gritando, gritando e a gente ter que parar, deixar ele lá e ter que voltar **de novo**, porque acesso venoso periférico, a gente tem que infundir NPT (nutrição parenteral), que é uma coisa altamente corrosiva e tudo. **É complicado!** A gente fica cansada. Eu, eu vejo aquilo ali como, assim..., a pessoa que ta fazendo aquilo ali se torna..., vendo isso mais estressante do que uma parada, do que uma...*

***Doralice:** é.*

Joana:** porque numa parada, o médico entuba, você coloca... toda estrutura pra criança e **cabou!** Você não vai mexer mais nela, você vai deixar ela descansar. Já na punção, **enquanto** você não consegue um acesso venoso, você não pode sair de cima da criança. **Você pode dar um tempo, mas você vai ter que voltar pra fazer isso de novo. Arrancar o cabelo dela toodo,

que é uma coisa que esteticamente pra mãe é um horror! Entendeu? Mas a gente sabe que é ruim, mas tem que fazer. E isso cansa a gente, cansa, porque o material é de péssima qualidade! “Ai, se fosse em mim, que dor!”. Você vai lá, você vai introduzir na criança e você vai sentir em você aquela dor que a criança tá sentindo. Eu, passou de um tempo pra mim ser tão pesado, que eu tive que fazer uns negócios aí, que eu andei estressadíssima, eu já não tava conseguindo fazer algumas condutas, eu ficava assim ó (imita um tremor).”

Durante suas falas, Joana retoma o que havia dito na frase exposta para as colegas (sem identificá-la como sua, aparentemente) e se expressa, no início utilizando o “a gente”, “a pessoa”, “você” e, ao final, utilizando o “eu”. Dessa forma, Joana se refere ao coletivo falando de um “cansaço” e até de uma dor provocados pela falta de condições (“A gente fica cansada”; “E isso cansa a gente, cansa, porque o material é de péssima qualidade! “Ai, se fosse em mim, que dor!”.”) e se refere à sua dificuldade particular (da qual talvez Doralice discordasse) falando de um trabalho “pesado”, de ficar “estressadíssima” e de se sentir “mauzona” (“passou de um tempo pra mim ser tão pesado, que eu tive que fazer uns negócios aí, que eu andei estressadíssima, eu já não tava conseguindo fazer algumas condutas”) ao sentir-se gerando dor nos bebês.

Iracema aponta uma questão muito interessante para refletirmos sobre o modo como a má qualidade dos materiais de trabalho se relaciona com a saúde destas trabalhadoras. A auxiliar diz que fica “mal” emocionalmente, em seguida Joana lhe complementa dizendo que fica “mauzona”, após isso Iracema explica: “a gente fica ali maltratando, maltratando, maltratando e a sua cabeça também não fica legal, né.”

Diante disso, poderíamos dizer que as “más” condições de trabalho levam as auxiliares a se tornarem “malzonas” profissionalmente (em relação às características do ofício) e como pessoa (no sentido do sofrimento, da afetividade vivenciada). “Maltratar” é, ao mesmo tempo, fazer “maldade” e tratar “mal”, não tratar da maneira como gostariam. Aqui também a incorporação do hospital como algo *delas*, discutida no tópico 3.5.3, é mobilizada, ou seja, as condições de trabalho - neste tipo e neste local de trabalho -, e as trabalhadoras acabam se misturando, ficando coladas, identificadas como um mesmo fator gerador de dor.

Dessa forma, pode-se entender melhor o fato deste assunto mobilizar tantos aspectos ligados à afetividade e às dimensões subjetivas e mais enigmáticas da atividade, já que as condições do trabalho não se apresentam de um modo externo às trabalhadoras. Neste sentido, inverter-se-ia a idéia de que as condições de trabalho gerariam apenas *riscos*, no sentido mais tradicional do termo⁸⁹, abrindo caminhos para se pensar que estas também

gerariam riscos, digamos, indiretos, subjetivos, menos palpáveis e mais invisíveis, à saúde destas profissionais.

3.6- Encontro V: Fechamento

O Encontro de fechamento teve com objetivo retomar alguns temas discutidos nos encontros anteriores e retrabalhá-los a partir de uma ótica mais propositiva sobre as situações problemáticas relatadas e observadas ao longo de todo o processo de investigação. Todas as participantes deste Encontro eram auxiliares que costumam trabalhar na UTI, o que fez com que a discussão ficasse mais focada sobre o trabalho neste setor. Todas elas (Tereza, Beatriz e Doralice) já haviam participado de outro(s) encontro(s), mas nunca juntas. Tereza participou do pré- encontro e do I, Beatriz do II e Doralice do IV. As auxiliares levaram discussões que estavam de acordo com as dos encontros anteriores, mesmo daqueles em que elas não estavam presentes, transmitindo-nos a idéia de que falavam de questões realmente pertencentes ao coletivo de trabalho, não relacionadas apenas às experiências individuais de cada uma.

A proposta levada neste último encontro foi a de que as participantes pudessem pensar e sugerir mudanças no trabalho delas, tendo como ponto de partida algumas situações específicas, levadas por nós com base na pré-análise dos encontros anteriores e das visitas realizadas.

Este encontro durou uma hora e meia – sendo o mais longo de todos eles - e a sua dinâmica foi pautada em dois momentos de aproximadamente 45 minutos com propostas distintas e complementares (Apêndice IX):

1º.) Discussão propositiva com base em situações do cotidiano de trabalho das auxiliares no berçário: este debate foi dividido em três temas e, neste encontro, não foram utilizadas frases, como nos anteriores, mas apenas sugeridos temas e situações para as quais elas deveriam expressar qual seria o melhor modo de funcionamento sob o ponto de vistas delas próprias.

Os temas e situações abordados foram os seguintes:

I- Situações de trabalho com as mães dos bebês;

II - Condições de trabalho;

III- Falta de julgamento/ dinâmica do reconhecimento no trabalho.

2º.) Colagem coletiva em um papel pardo (Apêndice XI) contendo a planta do Berçário (parte do 4º. andar) desenhada e com as suas divisões internas feitas com barbante, para poderem ser modificadas pelas participantes. Oferecemos às trabalhadoras os seguintes materiais para criarem sobre o papel pardo: figuras de pessoas, objetos e símbolos (relacionados ao trabalho delas, como: enfermeiras, médicos, bebês, mães e pais,

símbolo de música, de casa, entre outros), além de cola colorida, giz de cera, lápis de cor e hidrocor. A proposta foi a de que elas utilizassem o material oferecido por nós para expressar, de maneira livre, o modo como gostariam que fosse o setor onde trabalham, buscando, assim, que elas propusessem mudanças e novas perspectivas, de forma lúdica, através de um instrumento gráfico.

3.6.1- O primeiro momento – a discussão sobre situações de trabalho

3.6.1.1- A relação de serviço com as mães e o estabelecimento de uma comunicação compreensiva

Ressaltando a importância da relação de serviço, Zarifian (2001b) afirma que, na lógica colocada por esta relação, os resultados obtidos não estão isolados da competência que os produziu, ou seja, não se produz “serviço” a qualquer custo. Assim, produzi-lo implica um processo “competente” e, neste sentido, preocupar-se com o produto na lógica de serviço é também se preocupar com o bom andamento do processo que o gera. No caso da Unidade Neonatal estudada, poderíamos dizer que o serviço prestado (produto) não é o tratamento ou o cuidado realizado nos bebês, mas sim a recuperação da saúde destes usuários e a sua ida para a casa junto com a família. Nesta lógica, se a saúde foi alcançada é devido a um processo de tratamento e de cuidado realizado de forma eficiente.

Zarifian (2001b) salienta, no entanto, que a lógica de produção de serviço quase nunca é encontrada de forma isolada de outras lógicas produtivas (comercial, industrial-technicista e de serviço público) com as quais, na verdade, encontra-se sempre em tensão. No caso estudado por nós, podemos notar, principalmente (mas, não apenas), uma tensão entre a lógica de serviço e a de serviço público. Nesta última, segundo o autor, o usuário é colocado, tradicionalmente, numa posição passiva e indiferenciada, onde deve simplesmente cumprir normas e regras, se curvando a elas sem participar da discussão e elaboração das mesmas. Neste caso, que também parece coincidir com a situação estudada por nós, o comportamento compreensivo por parte dos funcionários públicos tende a ser dificultado sem, no entanto, necessariamente deixar de existir.

Este choque de lógicas pode ser observado de maneira privilegiada, no caso deste estudo, através da relação das auxiliares com as mães (e pais) de seus pacientes. Como já discutimos durante a análise do encontro II, as mães são convidadas a atuar como co-produtoras do serviço (entendido como a recuperação da saúde do bebê e a sua possibilidade de alta hospitalar) podendo (ou devendo?) participar ativamente do cuidado de seus filhos.

De acordo com Lamy (2003), a respeito do método Canguru, este seria uma estratégia para possibilitar, entre outras coisas: “o acolhimento ao bebê e sua família; respeito às individualidades; promoção de contato pele a pele o mais cedo possível e o envolvimento da mãe nos cuidados do bebê” (p. 142). Além de possibilitar o encontro dos pais com o bebê antes do tempo que seria proporcionado por uma incubadora, num tratamento neonatal tradicional, o método Canguru ainda: “estimula o aleitamento materno; possibilita a melhora do controle térmico do bebê; promove um maior senso de competência nos pais e facilita o relacionamento entre a família e a equipe de saúde” (p. 149).

Por outro lado, parece-nos que, para que esse “relacionamento entre a família e a equipe de saúde” possa ser realmente melhorado, seja necessário o desenvolvimento do que Zarifian (2001b) denomina de “comunicação⁹⁰ autêntica” (p. 124). Deste modo, o autor chama a atenção para a importância da capacidade compreensiva de quem oferece o serviço em identificar o sentido que o usuário dá à transformação que ele deseja na sua atividade, ou seja, a sua expectativa. Assim a conduta compreensiva é uma conduta que tem como ponto de partida os problemas dos clientes para identificar suas soluções.

De acordo com esta perspectiva (Zarifian, 2001c), para que uma comunicação seja rica e bem-sucedida é preciso que haja “um mínimo de pano de fundo de cultura compartilhada, que se consiga entender a outra pessoa, que se consiga entender o que ela espera de nós, que certa empatia, pra não dizer simpatia, insinue-se na comunicação” (p. 110).

O foco sobre a importância de uma certa gestão do fornecimento da informação aos familiares dentro do trabalho das auxiliares aparece inúmeras vezes durante este encontro e, mesmo, nos demais.

Neste sentido, no início da discussão sobre o primeiro tema deste encontro (“1- Situações com as mães dos bebês: 1.1- uma mãe chegando na UTI pela primeira vez para ver seu filho”) as participantes dizem que as mães chegam à UTI completamente despreparadas sobre o que significa o fato de seus bebês estarem internados ali, sem informações concretas sobre o estado de seus filhos e muito assustadas com o aparato do ambiente da UTI e com os outros bebês internados. As auxiliares, por representarem o único grupo profissional que não pode se ausentar completamente da Unidade, muitas vezes são quem recebe estas mães “perdidas” que chegam ao berçário. As participantes se mostraram muito preocupadas e até mesmo incomodadas com a falta um profissional específico para fazer a recepção e o acompanhamento da mãe na sua primeira descida (da enfermaria para o Berçário) para ver o filho. Elas acreditam que as mães já deveriam começar a ser informadas sobre a situação do bebê e sobre o funcionamento e as regras da

UTI antes mesmo de chegarem lá. Entendem que esse processo deveria começar na sala de parto (oitavo andar) e ter continuidade em um acompanhamento dentro do Berçário.

O movimento de contestação do grupo sobre o modo como esse processo acontece e a sugestão de novos encaminhamentos surgiu a partir da fala de Beatriz após a colocação de Tereza - já inicialmente focada na diferença entre o tempo atual e a época em que começou a trabalhar na UTI. A seguir, se desenvolve a conversa inicial deste encontro:

*“Tereza: o que eu acho... por exemplo, o que acontece, às vezes... – isso depende de cada pessoa que tá ali no momento e recebe essa mãe – por exemplo, eu costumo perguntar ‘oi mãe, tudo bom? **Como é seu nome?**’, entendeu? A mesma coisa..., pode ser que ela também faça a mesma coisa, pode ser que ela... (referindo-se às colegas ali presentes), entendeu? A partir daí, a gente vai levar essa mãe até o bebê e ela vai fazer um monte de perguntas, que tem coisa que a gente vai poder responder, - porque a gente não é médica, né - coisas mais profundas, assim, a gente vai passar... mandar ela esperar o médico, essas coisas..., né? O que eu queria que acontecesse, eu acho que já acontece... eu acho que **ta melhor** do que na época que eu comecei aqui, né.*

(...)

***Beatriz:** Eu, particularmente, eu acho assim, que é todo um processo que acontece longe daqui: a criança nasce lá [na sala de parto, que fica no oitavo andar do hospital]..., a criança grave desce com o pediatra, a mãe tá separada. Eu só acho que a mãe já deveria descer...*

***Tereza:** vir preparada pro alojamento.*

***Beatriz:** sabendo que, se veio pra UTI, é porque é uma criança grave, né. Ela ter noção da gravidade, de como é o local..., de tudo que..., de toda a rotina aqui, que ela só vem pra ver o próprio filho, pra não ficar com curiosidade com as outras crianças...*

***Tereza:** é um choque, é um choque, né.*

***Beatriz:** saber que ela tem que perguntar, necessariamente ao médico o quadro, né, da criança.*

***Tereza:** tinha que ter um preparo no alojamento.*

Beatriz:** é isso que eu to falando, ela já deveria vir preparada, não é falar..., não que eles devessem falar da criança lá em cima, mas sim **o que ela vai encontrar aqui embaixo!

***Tereza:** pra não ficar com medo, temerosa com alguma coisa...”*

Podemos notar que a primeira fala de Tereza parece se situar no nível da prescrição do trabalho. Ao contrário, a fala de Beatriz, em seguida, coloca em movimento a aparente estabilidade do processo descrito por Tereza e gera questionamentos sobre outras dimensões da atividade, mais relacionadas às suas renormatizações constantes. Neste movimento, Tereza segue complementando as falas de Beatriz.

Assim, conforme a perspectiva da produção de serviço, poderíamos entender que as auxiliares mostram-se preocupadas com que sejam dadas às mães melhores condições de exercitar a sua parte na co-produção. Essas condições poderiam ser oferecidas, não apenas

a partir do fornecimento de informações (que, na verdade, muitas vezes não é exatamente o que parece faltar), mas, e principalmente, através da possibilidade de uma comunicação compreensiva (ou autêntica). Esta diferença apresentada conceitualmente em parágrafos anteriores, parece se esboçar através da fala da Beatriz, na qual ela explicita que informar a mãe não é simplesmente contar sobre o quadro patológico do bebê, mas “prepará-la” para a entrada na UTI (“ela já deveria vir preparada, não é falar..., não que eles devessem falar da criança lá em cima, mas sim o que ela vai encontrar aqui embaixo!”).

Aqui, a prescrição de que as auxiliares não devem responder questões sobre o diagnóstico ou prognóstico do bebê (Lamy Filho, 2003), deixando isto a cargo dos médicos (“ela vai fazer um monte de perguntas, que tem coisa que a gente vai poder responder, - porque a gente não é médica, né - coisas mais profundas, assim, a gente vai passar... mandar ela esperar o médico, essas coisas..., né?”) parece gerar, na verdade, intensos conflitos nas trabalhadoras que acabam tendo maior contato com as mães e, inevitavelmente recebendo uma forte demanda por todo tipo de respostas sobre o estado do filho.

Neste sentido, o incômodo de Beatriz se expressa com a preocupação de que fique claro para as mães que elas têm que pedir determinadas informações *exclusivamente* ao médico (“saber que ela tem que perguntar, necessariamente ao médico o quadro, né, da criança.”) e de saber que “se veio pra UTI, é porque é uma criança grave”. Assim, Beatriz parece falar justamente das situações difíceis por que elas passam ao terem que lidar direta e cotidianamente com a angústia dos familiares, somadas ao seu espanto frente ao mundo novo de uma UTI que se descortina à frente deles (“Ela ter noção da gravidade, de como é o local..., de tudo que..., de toda a rotina aqui”).

Ambientar os familiares neste mundo da UTI parece ser uma preocupação muito legítima das auxiliares, já que esta entrada/ recepção, principalmente das mães, deve possibilitar uma espécie de “treinamento de ambientação”, ou seja - como bem frisa Beatriz em uma de suas colocações -, as mães precisam conhecer a rotina e a estrutura da unidade, as suas regras e normas de funcionamento. Assim, a sua integração e socialização a este espaço, possibilitando que se tornem efetivamente co-operadoras do serviço ali oferecido, nos parece muito importante devido a, pelo menos, dois aspectos:

- Possibilita dar às mães condições de co-atuar naquele ambiente, o que inclui ter estratégias para lidar com o sofrimento, como, por exemplo, quando as auxiliares se preocupam em tentar evitar que elas fiquem “com curiosidade com as outras crianças” e acabem embarcando na armadilha do medo paralisante;

- Dá às próprias auxiliares de enfermagem condições para “co-laborar”, pois se as mães não estão minimamente preparadas para estarem lado a lado delas na sua rotina de trabalho, esta pode ficar extremamente dificultada, já que envolve um treinamento contínuo e uma atenção demandada ininterrupta e intensivamente.

As auxiliares parecem afirmar que oferecer as informações demandadas pelas mães não é apenas passar um “fato” adiante, mas, entre outras coisas, pesar os efeitos de se transmitir uma informação, avaliar o modo como falar daquela situação. Fala-se, então, em um *processo compreensivo*, no sentido de que, para se elaborar uma resposta, devem-se compreender a pergunta, a demanda e identificar a melhor maneira de resolver o problema colocado pelo cliente/ usuário em questão.

No trecho do diálogo a seguir, as participantes parecem dar exemplos “linguageiros” do quanto a comunicação é fundamentalmente um processo compreensivo, e não, apenas, um processo informativo:

“Beatriz: (...) Até assim, ó, eu acredito que o obstetra que participou e até as auxiliares de enfermagem mesmo que participaram ali na sala de parto, viram o que aconteceu, poderiam falar...”

Tereza: e elas não falam nada, gente!

Beatriz: não exatamente o quadro, né, mas falar “ó, houve uma intercorrência, ele vai precisar de cuidado..., não tem, a gente não tem como prever quanto tempo ele vai ficar...”, porque elas [as mães] têm todas essas curiosidades, né.

(...)

Tereza: É. Entendeu? Mas eu acho que eles não falam nada ali não... eu acredito que eles descem, às vezes também nem..., só falam assim “olha só, seu bebê tá na UTI” aí chega aqui, elas não sabem (...)

Beatriz: não sabem nem o quê que é uma UTI, né.”

Se por um lado, Beatriz “demonstra” como deveria ser passada a informação de que o bebê está na UTI, na visão delas (“ó, houve uma intercorrência, ele vai precisar de cuidado..., não tem, a gente não tem como prever quanto tempo ele vai ficar...”), por outro, Tereza diz como acha que isso é feito, na realidade (“só falam assim ‘olha só, seu bebê tá na UTI’”). É claro que estas falas não expressam necessariamente o modo como a informação é efetivamente passada às mães ainda na sala de parto, mas sim a forma como as trabalhadoras do quarto andar percebem a defasagem da chegada de informações às mães e as falhas no processo de acompanhamento desta, que acaba tendo como consequência uma sobrecarga no trabalho realizado junto às mães no berçário.

Mais à frente, Doralice também expressa - procurando fechar a questão de como elas acham que deveria ser o processo de entrada da mãe na UTI – a importância da comunicação compreensiva:

“Letícia: mais alguma coisa que vocês acham que deveria acontecer nessa situação, além da ‘informação à mãe’, ‘conscientização’, ‘acompanhamento’...”

Doralice: eu acho que esse é o primeiro passo.

(4”)

Letícia: e os próximos passos?

Doralice: aí é..., é ficar sempre informando, né, informando a mãe a situação do bebê (3”), mas informando meeesmo, pra ela ter noção, porque você sabe que às vezes elas deletam as informações que você ta oferecendo, elas querem escutar aquilo que elas esperam, né. Tem vezes que você ta falando, daqui a pouco ela pergunta: “ele já ta mamando? Qual o peso dele hoje?” entendeu....”

Podemos perceber claramente, através desta fala, a coerência da definição de *comunicação* proposta por Zarifian (2001b, *op. cit.*), ressaltando a necessidade de que esta possibilite uma “intercompreensão mútua entre sujeitos” e diferenciando-a de “informação, comando ou ordem” (p. 126).

3.6.1.2- A importância da informação para a *gestão do sofrimento das mães*

Na continuação da conversa do último trecho citado, surge a questão da diferença de posicionamento das auxiliares e das mães frente ao sofrimento dos bebês. As trabalhadoras mostram-se surpresas com as reações das mães frente a situações que, para elas (enquanto profissionais de saúde), não significam gravidade da criança. Exemplos destas situações aparecem nas falas expostas a seguir:

“Tereza: elas [as mães] se importam com coisas que... pô (rs)

Doralice: entendeu, não associa à gravidade.

Tereza: tem uma mãe ali aquela Ana, ela tava preocupada com as pernas da criança - tortinha, tudo bem – mas (...) horrível (rs).

Beatriz: (...) muito grave...

Letícia: e ela não sabe?

Tereza: ela sabe!

Beatriz: mas não tem noção, né.

Tereza: mas não tem no..., entendeu?

Doralice: da gravidade

Beatriz: mas isso acontece, não só aqui...

Doralice: é...

Beatriz: eu acho que todo mundo, né, dentro do hospital... ontem mesmo...

Tereza (cortando Beatriz): “vai raspar meu filho a cabeça (...)”?! “minha filha!” (se referindo à mãe) (...) “Cabelo cresce”!

Beatriz: a gente fala assim, às vezes parece até meio ignorantes, né, mas é porque elas não sabem, assim, priorizar o que é importante. Aconteceu

ontem mesmo, no outro hospital que eu trabalho - que não é com criança, é com adulto -, é estranho você ver uma pessoa com esperança, a mulher tava morrendo e a filha assim: “eu acho que amanhã ela vai melhorar, né”.

Doralice: *é.*

Beatriz: *o quê é que eu vou falar?* *Vou dizer pra ela: ‘não, minha filha, sua mãe ta quase morrendo agora, nesse exato momento’? (...) O quê que eu falo? Deixo ela na ignorância e ela, né, sofrer menos ou eu falo: ‘ó, sua mãe ta muito grave...’ Porque aí, olha só, você imagina o quê? Uma criança ta grave aí, de repente – eu acho até que acontece aqui também – as mães começam a achar que ninguém ta dando a devida atenção, enquanto **tudo já foi feito.**”*

As auxiliares percebem a dificuldade dos familiares em lidar com o sofrimento e a perda e até em reconhecer/ aceitar a gravidade dos bebês e - mesmo, não tendo a responsabilidade de informar e amparar as mães -, elas parecem se sentir numa posição incômoda e conflituosa entre comunicar a real gravidade do paciente aos seus familiares (dentro do quadro teórico que elas dominam, é claro, mas muito mais amparadas pela experiência prática) ou apenas perceber a “ignorância” destes frente à situação e não se “arriscarem” às reações de maior sofrimento e até de “revolta e indignação” (Braga & Morsch, 2003), que possam advir dos familiares.

Quando Beatriz fala que os pais não sabem “priorizar o que é importante”, não fala de uma ignorância no sentido de que estes não entendem a gravidade das situações, por não saberem objetivamente o que estas significam (não que isto também não aconteça, é claro, principalmente com relação à linguagem médica), mas de algo que não é apenas do campo do conhecimento técnico/ puramente cognitivo. Ela fala, talvez, da falta de um processo ligado à racionalização do sofrimento, ou seja, à importância de se defender psiquicamente frente a uma situação em que o sofrimento não apenas não pode ser evitado, mas também não deve ser devastador da possibilidade de se agir, e mesmo de cuidar do filho/ paciente que está internado.

Ver o cabelo do filho sendo raspado, *ver* que a perna da filha é “tortinha”, funcionariam para os pais (leigos) como detonadores do sofrimento até então relativamente contido, abalariam os sistemas defensivos construídos por eles para lidar com a distância entre a realidade vivida e a expectativa de antes do nascimento de seus filhos, (que gera medo, ansiedade e as expectativas ruins sobre o que pode acontecer). Por outro lado, para uma profissional de enfermagem, por exemplo, o que lembraria o sofrimento seria a detecção de problemas menos “visíveis” – para o leigo – como os níveis de saturação de oxigênio, a temperatura corporal, a pressão sanguínea, etc. É também neste sentido que as auxiliares parecem chamar a atenção do quanto é importante que as mães estejam “preparadas” para estarem na UTI, pois, de posse das informações (especialmente através

de uma “comunicação compreensiva”), elas poderiam ter instrumentos para melhor operar as próprias defesas em relação ao sofrimento, que está presente o tempo inteiro na situação em que elas se encontram.

Segundo Braga & Morsch (2003), a ida de um bebê para uma UTI neonatal configura-se como uma situação muito especial que provoca nos pais tristeza, desânimo e descrença nas suas capacidades e condições de gerar e de criar um filho saudável. As autoras afirmam que - pelo menos inicialmente -, a equipe provoca neles uma irritação, por se comportar de uma forma “tão segura e confiante com a situação e com o bebê, em contraste com os pais, que se sentem incapazes de fazer algo para resolver os problemas clínicos do filho” (p. 77).

Neste sentido, Tereza comenta que em uma reunião das auxiliares com a chefia, comentou-se que as mães se queixam da postura das auxiliares dentro da Unidade Neonatal. A colocação seguinte de Tereza parece tornar bastante explícita a questão das defesas contra o sofrimento levadas a cabo pelas auxiliares e o embate que elas provocam na relação com as mães:

*“teve até uma reunião aí com a chefe, que as mães reclamavam porque a gente... (gagueja), geralmente as crianças que tão ali, ou tão muito grave, mas tão um grave **estável** ou outras param e a gente fica naquele corre-corre, mas elas [as mães] acreditam que a gente tem que ter o mesmo sentimento que elas. Ou seja, a gente tem que... (2) sentir o sofrimento, isso mesmo, sentir o sofrimento igual! Não, a gente sente o sofrimento, mas não é por isso que a gente vai parar de falar, de rir... e elas reclamaram disso com a chefe, que a gente ri, a gente fala de pizza numa UTI, a gente não tem que rir!” (Tereza)*

A fala de Tereza nos mostra o quanto a defesa contra o sofrimento entre as auxiliares aparece de forma estratégica, ou seja, a auxiliar admite senti-lo (não se caracterizando propriamente como profissionais “frias”), mas afirma a necessidade de aprender a lidar com ele de forma a conseguir realizar aquele tipo de trabalho por horas, dias e anos a fio – no caso de Tereza, vinte anos até aquele momento. Fala-se aí também de um aprendizado construído ao longo de anos de experiência com este tipo de trabalho e que, por mais que possa representar, para as famílias ou para os que o vêem de fora, atos realizados com uma certa banalidade e um excesso de confiança, não podemos deixar de perceber que as auxiliares sentem sim o sofrimento, se envolvem afetivamente no seu trabalho, mas têm as suas artimanhas para se manterem na profissão e persistirem em uma certa “normalidade”, em uma luta – sempre instável – pela saúde.

Em seguida, a conversa continua e Beatriz acrescenta outros argumentos à fala de Tereza, sobre o quanto a gravidade dos bebês e o sofrimento deles e de seus familiares é algo com que elas têm que lidar no dia-a-dia:

“Tereza: a gente tem que respeitar? Temos, mas elas também têm que respeitar a nossa visão, pôxa!”

Beatriz: é claro, assim, vai ter um óbito ninguém dá gargalhada, claro! Ninguém vai ficar rindo, ninguém vai fazer piada. Agora, porque ta grave, todo dia tem um grave!

(...)

Beatriz: Quando não é o dela..., o dia que o dela melhora, entra... nasce outro grave e assim vai...

Doralice: é

Tereza: todos os que chegam à UTI estão graves.

Beatriz: né, a UTI é lugar de criança grave, não tem....

Tereza: Já tiraram o rádio nosso porque..., deve ser por causa disso, né, porque não tem que ter som, entendeu, a gente tem que ficar todo mundo trüüste, olhando uma pra cara da ooooutra, assim....

(rs)

Letícia: tinha rádio? Como é que era isso?

Tereza: tinha!

Doralice: nós tínhamos, tiraram antes da obra⁹¹, né.

Tereza: tiraram porque alguém achou que... nem sei, né...

Beatriz: era descontraído demais pro ambiente com as crianças.

Doralice: há sete anos atrás.

Tereza: eu não vou deixar de rir, de falar, eu falo alto mesmo, desde que eu entrei aqui, então... nada disso mudou.”

As falas acima reforçam a idéia de que no ambiente hospitalar e, especialmente em uma UTI, é necessário, de certa forma, *demonstrar* que se está sofrendo (“vai ter um óbito ninguém dá gargalhada, claro! Ninguém vai ficar rindo, ninguém vai fazer piada”) – mesmo quando não se esteja. O movimento da vida (da qual a morte faz parte) e a necessidade de não se paralisar, profissionalmente, nas dificuldades colocadas pela gravidade e o sofrimento presentes no seu ambiente de trabalho aparecem através da fala da Beatriz (“Quando não é o dela..., - o dia que o dela melhora -, entra... nasce outro grave e assim vai...”)

Tereza faz uma associação entre a proibição do rádio na UTI e a questão de não se poder demonstrar alegria e descontração dentro de seu ambiente de trabalho. Esta alegria trazida pelo rádio se contraporia à tristeza que se deve esperar em uma UTI. Além disso, Tereza reforça, mais uma vez, o seu tempo de experiência e sua participação (que lhe dá permissão de “falar alto mesmo”?) na história daquela Unidade (“eu não vou deixar de rir, de falar, eu falo alto mesmo, desde que eu entrei aqui, então... nada disso mudou”), e, ao mesmo tempo, não deixa de apresentar uma certa virilidade frente ao sofrimento. Assim, ao

dizer: “eu falo alto mesmo”, a auxiliar parece expressar um enfrentamento ao que representaria um espaço de trabalho tomado pelo silêncio, o que poderia contribuir justamente para fazer com que a convivência constante com o sofrimento e a dor se tornasse insuportável.

A partir de um estudo ligando musicoterapia e saúde de trabalhadoras de enfermagem de nível médio - através de uma abordagem foucaultiana -, para falar sobre sons e silenciamentos dentro de uma UTI pediátrica, Guazina (2006), aponta que o ruído dentro da UTI é naturalizado como parte do sofrimento e da purgação para a saúde. Por outro lado, a autora nota uma “desnaturalização da fruição, do prazer e dos deslocamentos de tempo e de espaço e das liberdades que a música pode produzir”. Ela afirma, ainda, que o ruído do ambiente da UTI faz parte do “silenciamento” das trabalhadoras e da música, ao compor a idéia de que, “frente a tanto barulho, não se deve fazer mais barulho” (idem, ibidem, p. 98).

Em uma das etapas de sua pesquisa, Guazina (idem, ibidem), propôs às trabalhadoras escutarem CDs de música durante a realização de suas atividades de trabalho. Neste processo, em que tanto a pesquisadora como as trabalhadoras sugeriam e colocavam as músicas, diversas reações surgiram por parte de todos os atores do ambiente da UTI (enfermeiras, médicos, pacientes, familiares, outros profissionais). Dentre as reações à colocação das músicas, Guazina notou que, no ambiente da UTI pediátrica havia - além dos inevitáveis sofrimento, dor, perda e medo das mais diversas naturezas -, uma produção moral que configurava a expressão do sofrimento, através da idéia de que é necessário não se desvincular do sofrimento para estar em conformidade com o espaço hospitalar. Segundo ela, esta “produção moral” condena o prazer, a leveza e a fruição possíveis, associando-os à vagabundagem, ao não querer trabalhar e à possibilidade da distração que pode levar ao erro e, do erro, à morte. No entanto, na sua experiência com as trabalhadoras, a autora afirma que a música não produziu distração no trabalho, mas sim, “um trabalhar diferente, que parecia ser mais leve e mesmo mais prazeroso” (p. 99).

Acreditamos que a situação comentada por Tereza a respeito do rádio serviu, não apenas como uma reivindicação de algo que elas realmente demandam (e voltaram a comentar ao final deste encontro), mas também para transmitir a sensação de incômodo com a crítica das mães aos modos das trabalhadoras se comportarem dentro de seu ambiente de trabalho.

Por outro lado, a questão específica da discussão sobre se é condenável ou não a presença de música dentro do ambiente neonatal é complexa e envolve a necessidade de estudos mais aprofundados para que se chegue à compreensão sobre o que cada tipo de som pode produzir nos bebês pré-termo. O que gostaríamos de acrescentar quanto a isso é a

importância de se considerar, nestes estudos, o ponto de vista da saúde de quem trabalha, buscando fazê-lo na relação com o cuidado do bebê em si, com a atividade real de trabalho.

A partir de alguns estudos, Moreira *et al* (2003) afirmam que, dentro de uma unidade neonatal, a diminuição de ruídos e de sons deve ser a maior possível, pois estes “estressam” os bebês, gerando alterações fisiológicas que dificultam o seu sono e descanso. Com esse objetivo, os autores sugerem a tomada de algumas medidas: o rebaixamento do nível de voz das pessoas que circulam na UTI, o cuidado ao abrir e fechar as portinholas da incubadora, a diminuição dos alarmes dos monitores e do telefone, além do desligamento do rádio. Segundo os autores, este último teve, inclusive, a sua presença interdita pelas normas de humanização do atendimento ao recém-nascido de baixo peso do Ministério da Saúde (p. 34).

Interessante notar a contradição, de certa forma também apontada por Guazina (2006), presente no fato de que – no caso estudado por nós – os ruídos dos alarmes, telefones e das próprias vozes e movimentação das pessoas na UTI acabam permanecendo inalterados, enquanto apenas a música é efetivamente proibida. Assim, mantemos a dúvida sobre a possibilidade da presença ou não de música dentro de uma UTI neonatal, considerando os possíveis aspectos positivos que esta poderia levar a este meio, não só em relação aos trabalhadores que ali atuam, mas mesmo entre os familiares dos bebês, o que acabaria por gerar conseqüências, mesmo que indiretas, no modo como os pacientes estariam sendo cuidados.

A importância do fornecimento claro de informações voltou a aparecer quando propusemos que as participantes pensassem sobre a situação de uma mãe indo para a Unidade Canguru, procurando fazer proposições sobre as mudanças necessárias para o oferecimento deste serviço, de acordo com a visão delas. A discussão sobre os problemas do trabalho nesta unidade, principalmente da mudança de postura das mães ao “subirem” do quarto andar para o Canguru, apareceram nas falas das trabalhadoras, retomando uma abordagem do problema já bastante discutida, principalmente no encontro III, único em que nenhuma destas participantes esteve presente. Esta discussão, em moldes parecidos com as anteriores sobre o tema, reforça a idéia de que esta é uma questão que perpassa o coletivo destas trabalhadoras de modo marcante, incidindo em características do gênero profissional e não, pura e simplesmente, em opiniões individuais.

A proposta das auxiliares para a resolução ou diminuição dos problemas da unidade Canguru, voltou-se para o oferecimento de mais informação à mãe que é convidada a participar da segunda etapa do projeto (alojamento conjunto e dedicação exclusiva da mãe ao bebê). As trabalhadoras acreditam que estas informações deveriam ser oferecidas,

principalmente, por médicos, para que as mães realmente cumprissem as regras da instituição, já que estes profissionais são mais respeitados por elas do que as auxiliares de enfermagem.

A idéia de que esta Unidade serviria a um interesse político independente das suas reais condições de realização, voltou a aparecer, através da fala de Tereza, que afirma não haver uma cobrança às mães, por parte da instituição, ao cumprimento do método. Na verdade, o que parece haver é, sim, uma cobrança, mas que fica a cargo das pessoas que estão em maior contato com as mães durante a internação na unidade Canguru: as próprias auxiliares.

“Tereza: entendeu, mas aqui não tem esse tipo de cobrança, [a auxiliar] é babá de gente velha! É isso que é a minha visão!

(...)

Letícia: (...) a gente tá tentando pensar o quê que é que poderia mudar isso? Será que as mães, quando vão pra lá, elas sabem o quê que vai acontecer lá?

Tereza (gritando): é isso que tem que ter, maior informação pra ela, entendeu?

Beatriz: principalmente pelos médicos.

(...)

Letícia (para Beatriz): você tava falando que ‘principalmente os médicos’...

Beatriz: é, porque elas [as mães] têm uma visão diferente...

Doralice (concordando): é, diferente

Beatriz: ...do que o médico fala e do que a enfermagem fala, independente de ser enfermeira.

Doralice: isso.

Letícia: elas dão mais importância...

Tereza: para o médico, com certeza!

Doralice (concordando): cem por cento!”

O que parece mais incomodar as auxiliares não é orientar as mães nos cuidados, mas ter que as convencer e informar sobre questões que não seriam pertinentes a elas, tais como se responsabilizar pelo cumprimento do método por uma mãe que foi selecionada e teoricamente esclarecida para a realização do método, através de uma equipe médica⁹².

A dimensão compreensiva da comunicação como proposta de mudança sobre a problemática situação do Canguru apareceu nas seguintes falas das participantes:

“Beatriz: eu creio assim, ‘tem indicação pra fazer?’ chega e fala ‘olha, esse trabalho, ele acontece assim, vai necessitar muito **de você**, da sua presença aqui, da sua boa-vontade, **vai ser cansativo**, mas você vai ter... – se você quiser, né, que a criança não continue dentro da incubadora, que tudo funcione mais rápido, evolua melhor’, né, mostrar pra ela que vai dar trabalho e de que não vai ter, assim, **toda hora...**, foi o que Tereza falou, né,

porque isso também acaba (...) o trabalho, né, bota [o Canguru], aí tira, né, quer dizer, não tem condição...

(...)

Doralice: *é mesmo.*

Tereza *(fala mais devagar, desacelerada): (...)* *mas esse lance aí da mãe botar no Canguru, né, eu acho que deveria, assim, ter..., - até me esqueci do que eu ia falar – que tinha que ter mais informação, né, por exemplo, é... as mães, ficam assim, ‘ah, você vai pro Canguru’, ta, mas elas, às vezes, ela vão pro Canguru porque elas estão loucas de vontade de vir ficar mais perto do..., da criança, né, e porque também tem essa coisa assim, esse cansaço de vai e volta pra casa, muitos não têm dinheiro, então já fica ali com a criança, mas também não querem obedecer as regras. É isso o que acontece.*

Doralice: *é isso aí, é isso aí. É isso, ela acabou de fechar [o raciocínio].*

(...)

Tereza: *[se as mães recebessem informações mais completas sobre o que envolve internar-se junto com o filho na unidade Canguru] a gente só faria os nossos cuidados porque ela já saberia que ia ter que ficar o dia inteiro no Canguru, a gente só ia limpar, passar uma sonda, a gente...*

Beatriz: *fazer a parte técnica, né.*

Tereza: *a parte técnica. E não ficar mandando a mãe (...): ‘filhinha...’*

As falas iniciais de Beatriz e de Tereza parecem apontar para a importância de se deixar claro às mães que a internação na unidade Canguru não significa apenas o lado mais prazeroso de se ter maior contato com o bebê, mas envolve também assumir uma responsabilidade, ou seja, existem regras a serem cumpridas para que o programa Mãe-Canguru possa realmente acontecer.

Assim, entendemos que a postura das mães, apontada pelas trabalhadoras, e também a dos próprios médicos em, segundo elas, não acompanharem de maneira mais aproximada o processo que se dá na unidade Canguru, parecem se relacionar à tensão entre a lógica de serviço (onde a responsabilidade e a iniciativa seriam estimulados) e a lógica do serviço público (Zarifian, 2001b), já apontada por nós anteriormente.

Observamos que uma certa passividade de quem recebe o serviço e a sua não participação na formulação deste mesmo serviço, contrastam com a própria proposta do método Canguru - que deveria envolver uma maior participação da família no cuidado do bebê com o objetivo de alcançar o cuidado e a confiança na realização deste processo (Lamy, 2003). Por outro lado, esta postura de recepção passiva de um serviço também parece se chocar com a postura das auxiliares, que parecem tentar trabalhar numa *lógica de serviço* (“a gente só faria os nossos cuidados porque ela já saberia que ia ter que ficar o dia inteiro no Canguru”), mas esbarrar numa lógica de serviço público (“aqui não tem esse tipo de cobrança, [a auxiliar] é babá de gente velha!”; “ficar mandando a mãe”).

Neste sentido, Zarifian (2001c) explica que o “tomar iniciativa” e “o assumir responsabilidade”, diante de situações profissionais com as quais um indivíduo se depara, é o que caracteriza a competência no trabalho. Quanto ao “assumir responsabilidade”, o autor chama a atenção de que isto não depende simplesmente de uma delegação por parte da hierarquia, mas sim de um processo de “automobilização” que pode gerar um envolvimento (implicação pessoal) com o trabalho a partir do momento em que este se torna estimulante para quem o realiza (p. 68). Zarifian ressalta que a exigência de competência significa passar a um novo patamar em matéria de envolvimento do trabalhador no seu trabalho e que isto pode acarretar problemas. Porém, o autor enuncia que esse envolvimento pode ser muito positivo pois é ele que pode permitir ao indivíduo reencontrar plenamente o interesse pelo trabalho que desenvolve.

Talvez o fato de as mães não agirem com a responsabilidade esperada pelas auxiliares tenha a ver justamente com a falta de autonomia e participação daquelas nas tomadas de decisão dentro do quadro hospitalar. Para Zarifian (ibidem), falar de responsabilidade significa falar de autonomia para assumir a avaliação de uma situação, considerando as iniciativas necessárias para atuar na situação e os efeitos que podem decorrer daí.

Tereza parece se referir a um *saber* (“ela já saberia que ia ter que ficar o dia inteiro no Canguru”) necessário às mães, que extrapola completamente (apesar de a frase dita não o explicitar) a idéia de compreensão de uma informação que envolveria simplesmente sua dimensão cognitiva, mas de uma compreensão que apresenta, na verdade, uma dimensão fundamentalmente relacional – que inclui além do cognitivo, o afetivo, o corporal e o social -, inclusive sobre a relação absolutamente nova que será estabelecida pela mãe com o seu filho recém-nascido.

Neste tópico sobre a relação com as mães, discutiu-se, ainda, mas rapidamente, o modo como se dá a sua preparação para a alta do bebê. As auxiliares relataram que os procedimentos mais relacionados à alta em si (encaminhamentos, marcação de retorno, etc.) ficam a cargo dos médicos e das enfermeiras. Em relação à preparação da mãe para a realização dos cuidados do filho, as participantes afirmam ensiná-las sobre isso no próprio dia-a-dia de trabalho, sem um procedimento específico relacionado à comunicação da alta hospitalar, mas sim à rotina das auxiliares de enfermagem no Berçário.

3.6.1.3- Propostas para as condições de trabalho

Na discussão seguinte, perguntamos às auxiliares sobre o que elas gostariam que fosse mudado, prioritariamente, em relação a suas condições de trabalho (incluída aí a própria organização do trabalho). As respostas foram variadas, mas não houve discordância

entre elas quanto à importância de todas as propostas. Estas envolveram: a melhoria da qualidade do material comprado; o aumento do quantitativo de auxiliares e mudanças na forma de sua divisão por setores e alteração da escala de plantão de 12h/60h para 24h semanais.

3.6.1.3.1- A mudança na escala de plantão

Sugerida por Beatriz, a idéia de que um plantão de 24h por semana – o que, segundo ela, já acontece na maioria dos hospitais estaduais - pode ser mais interessante porque elas não precisariam ir ao hospital mais de uma vez na semana, teriam como consequência um menor número de plantões por mês e estabeleceriam com os seus pacientes uma continuidade de cuidado durante 24 horas. No entanto, essa mudança implicaria a contratação de um número maior de funcionários e dependeria de uma política do próprio município em relação à saúde pública. A seguir, o trecho em que as trabalhadoras comentam sobre este assunto:

“Letícia: mas, você (para Beatriz) acha que isso é uma coisa que as pessoas geralmente preferem assim ou é uma coisa muito pessoal sua?”

Beatriz: a maioria das pessoas que...

Tereza: preferem, né? eu prefiro

Beatriz: preferem, porque você só vem aqui uma vez, entendeu, você começa a cuidar da criança de manhã, você cuida dela o tempo todo...

Doralice: faz a seqüência, né.

Beatriz: vai direto

Doralice: é.”

3.6.1.3.2- Sobre a qualidade do material

Doralice⁹³ traz a questão da baixa qualidade do material que elas possuem para trabalhar. Neste encontro, as auxiliares colocaram em discussão algo que ainda não havia sido comentado sobre este assunto: a questão da forma como a escolha por esse material é feita, trazendo uma discussão que coloca em pauta as contradições entre a *gestão do trabalho* e o *trabalho como gestão* (Schwartz, 2004). Esta discussão colocou em foco a invisibilidade da gestão (do uso de si, das infidelidades do meio, das variabilidades, das próprias emoções, etc) levada a cabo pelas trabalhadoras durante as suas atividades com os bebês e evidenciou o quanto a falta de um olhar mais aproximado à atividade gera problemas bastante concretos. Neste caso, a invisibilidade gera problemas tanto para a conquista de saúde pelas trabalhadoras, como para a própria finalidade do cuidado prestado por elas, através do aumento da dor nos recém-nascidos e do maior risco destes sofrerem contaminações, conforme o que foi dito pelas próprias participantes no diálogo a seguir:

Letícia: em relação à qualidade do material como que vocês acham que poderia melhorar?

Doralice: é porque eu acho que deveria ser..., o que ta parecendo é que não é consultado... ou, assim, deveria ser, no caso, a enfermeira Leila [da chefia da enfermagem do berçário], né, que é a enfermeira que sabe a nossa situação, nossas dificuldades. Então, ela deveria ser consultada: ‘esse material aqui é bom? é de acordo?’

Beatriz: é verdade...

Doralice: né, porque os perfusores que nós recebemos...

Tereza: jelco...

Doralice: o jelco...

Beatriz: o problema maior é o jelco. Aquele jelco é horrível!

Tereza: quem sofre não é a gente, é a criança!

Doralice: é o paciente, é o paciente que pega o resultado disso tudo, entendeu?

(...)

Beatriz: eu acho também que a falta de material - que eu não consigo acreditar que é porque não tem dinheiro -, eu acho el... que não consegue calcular mesmo a provisão...

Tereza (gritando): pois é, isso que eu ia falar, quem faz a compra... (...) ela foi daqui a Rosana, gente! Rosana foi daqui!

Doralice: ela já foi, foi.

Tereza: (...) trabalha lá embaixo (3º andar) na direção e faz o pedido da compra de material, pô, uma pessoa que já trabalhou aqui, sabe qual é o nosso costume, pôxa. Deu branco!

(...)

Letícia: porque, às vezes, não basta a pessoa já ter trabalhado, mas, de repente, perde o contato com a realidade...

Doralice: então, tem que perguntar!

Tereza (gritando): então, quê que tem que fazer? ‘Vamos fazer uma reunião de compra, chama o pessoal do berçário, o pessoal do alojamento..., vê o quê que precisa’

(...)

Letícia (para Beatriz): o quê que você ia falar?

Beatriz: não, em relação à qualidade, que o de baixa qualidade, com uma qualidade ruim, você gasta muito mais.

Tereza: gasta muito mais. Gasta, porque não é uma coisa boa...

Beatriz: e sem contar que, nesse caso, o jelco, que é usado no procedimento invasivo, você fica invadindo a criança, furando a criança toda, já é uma coisa que dói, sem contar que é **mais** solução de continuidade e risco da criança se contaminar...”

Um dos pontos principais colocados no diálogo acima expressa a falta de interlocução, por parte de quem realiza a compra do material, com os protagonistas da atividade, mesmo a pessoa responsável tendo já trabalhado naquele setor anteriormente. Este distanciamento da realidade de trabalho parece acontecer através da utilização de um critério baseado em uma lógica contábil descolada da lógica de prestação de um serviço de saúde. Através das falas das participantes, podemos notar que o fato de se economizar no

valor dos materiais acaba não tendo sentido até mesmo dentro de uma lógica estritamente contábil, já que, segundo elas, os materiais de baixa qualidade acabam sendo utilizados em maior quantidade, podendo gerar até mesmo prejuízo financeiro.

Além disso, as trabalhadoras chamam a atenção para o fato de que os seus pequenos clientes é que sofrem as conseqüências destes problemas (“quem sofre não é a gente, é a criança!”). Os “prejuízos” causados pelos maus materiais com relação aos bebês se concentram em: maior tempo de dor e maior risco de contaminação decorrente do excesso de perfurações; menor tempo de atenção e cuidado recebido por eles, quando as auxiliares têm de passar muito tempo com outros pacientes para conseguir fazer uma punção venosa com um material de má qualidade, por exemplo.

No entanto, entendemos que este problema do material – como já discutido mais amplamente no tópico 3.5.6 – gera sofrimento e conseqüências também para a saúde das auxiliares, o que elas, no entanto, pouco enunciam verbalmente. Acreditamos que o oferecimento destes materiais ruins também expressa a falta de uma avaliação/reconhecimento do seu investimento e do trabalho desenvolvido por elas, o que afeta diretamente a construção de sentido no trabalho, reduzindo o seu funcionamento como operador de saúde para estas trabalhadoras.

Podemos notar que a discussão sobre as condições materiais de trabalho, com o tom que ganhou neste encontro, deslocou-se de uma posição de queixa para uma tentativa de compreensão mais rigorosa da gênese dos problemas. Quem sabe esta mudança não possa ser um passo inicial na construção de um diálogo mais amplo entre as diferentes instâncias de “decisão” - “macro” do setor administrativo do hospital e “micro” das protagonistas da atividade – (“então, tem que perguntar!”; “então, quê que tem que fazer? ‘Vamos fazer uma reunião de compra, chama o pessoal do berçário, o pessoal do alojamento..., vê o quê que precisa’”)?

3.6.1.3.3- Sobre o quantitativo de auxiliares e a divisão do trabalho entre os setores do berçário

A questão da insuficiência do número de auxiliares foi ressaltada por Tereza, ao dizer que, particularmente no plantão delas, na época deste último encontro, tinha ocorrido a exoneração de dois auxiliares⁹⁴ e havia uma auxiliar em licença médica sem data certa para retornar⁹⁵. Todos esses desfalques não haviam sido substituídos. De acordo com as participantes, esta não substituição teria a ver com o fato de que, mesmo com poucos funcionários, elas “dão conta” do trabalho. As auxiliares apontam incoerência na divisão do trabalho entre os setores, dando como o exemplo a UBR que, muitas vezes, funciona com

apenas uma criança e necessita de uma auxiliar exclusiva, enquanto esta poderia estar atendendo um número maior de crianças se aquela fosse remanejada para a UI, numa situação de quantitativo reduzido de funcionárias. Além disso, o assunto da escolha dos setores reapareceu, a partir de uma fala de Beatriz sobre como gostaria que se desse a definição das escalas entre elas.

Notamos que as colocações das participantes sobre este tema fazem também relação direta com a saúde delas e com a qualidade do trabalho prestado. A seguir, a conversa travada sobre estes assuntos:

“Doralice: o certo seria assim, se saiu, né, - no caso quem ‘sai de BIM [licença médica]’, não, né, porque sabe que vai retornar -, mas saiu funcionário... automaticamente...”

Tereza: [a Prefeitura] não tem pra repor.

Doralice: é, eles não têm pra repor, eles alegam isso (...)

Beatriz: Doralice, olha só, eu até entendo isso, mas é outra coisa também que eu não concordo é de... – claro que ninguém faz um concurso de uma hora pra outra, (...) – agora, o quê que acontece quando tem as emergências? Não contrata? Não tem um monte de gente contratada? Por quê que não contratam? Não contratam porque a gente dá conta. Só por isso! A hora em que a gente começar a não dar conta e ficar uns furos, rapidinho vai ter...

Tereza: Não, outra coisa que eu não concordo aqui e que eu já me estressei, é com a escala daqui. Aqui tem uma certa política, que eu não sei que política é essa, de prejudicar... as pessoas... (começa a aumentar o tom de voz progressivamente) Uma pessoa no BBR só com uma criança! Três [auxiliares] lá [na UI] – a sorte que chegou mais alguém, não sei, tirou a Amélia daqui pra ir pra lá – ia ficar três lá com dezenove crianças e uma pessoa como uma criança no BBR, porque não pode fechar o BBR, por causa de política! Política não sei de quê, que eu não entendo.

(As outras concordam)

Tereza: entendeu? Isso já me deixa estressada, por quê? Eu não acredito que isso seja, assim, viável uma pessoa ter esse tipo de pensamento e a enfermagem daqui não ter uma força! Porque não tem, não tem! O médico grita, ninguém resolve nada, ninguém fala nada, entendeu? Então, o quê que tinha que fazer? ‘Não, eu vou fechar isso aqui, porque senão..., ta faltando funcionário!’ Mas ninguém faz, porque o médico quer que fique aberto! A chefia médica quer que fique aberto! Pra quê?! Entendeu?

(...)

Beatriz: mas o “dar conta” também vai pela consciência de cada um, às vezes cai a qualidade (...) você dá conta assim: porque ta tudo feito, ta tudo escrito e ta todo mundo vivo, mas se você for parar pra analisar o trabalho de cada um(...)

(...)

Beatriz: e eu tenho uma coisa pra dizer também, que, embora eu ache que todo mundo tem que saber fazer tudo, trabalhar em que qualquer lugar, eu acho que a gente poderia ficar no lugar que a gente mais gosta de trabalhar, né, em vez de ficar rodando. (fala um pouco tímida)

(rs)

Doralice: *é (rs) o setor que...*

Beatriz: *né, não (voltando-se para as colegas)? (rs)*

Tereza: *ta, concordo com isso!*

Doralice: *também eu acho que a produção é melhor.*

Beatriz: *uma coisa é assim: se você precisar fazer, você vai lá e vai fazer, porque você ta aqui..., você não vai: ‘ah, eu sou auxiliar de enfermagem da UTI’*

Doralice (concordando): *é... escolher o setor...*

Beatriz: *não, você é funcionária aqui do quarto andar do berçário!*

(...)

Tereza: *por exemplo, o que você falou, que tem pessoas que gostam de só UTI... Então, eu acho o seguinte: não roda ninguém, se é pra eu rodar, vai rodar todo mundo!*

(...)

Beatriz: *Mas, olha só, nem todo mundo pensa como eu e Tereza, porque a gente gosta de determinado lugar, mas se a gente tiver que ficar em outro a gente vai ficar...*

Tereza: *ó, concordo...*

Beatriz: *tem pessoas que não querem, que vão bater o pé e vão dizer que não...*

Tereza (grita, aumentando progressivamente a voz, cortando Beatriz): *é... concordo! Concordo que Lígia tem sessenta e poucos anos, não tem que trabalhar na UTI. Concordo com a Marina, que não gosta de trabalhar na UTI, mas ela já ralou muito na UTI, fora daqui, né. Concordo..., quem mais? Lia⁹⁶ que quase não se adapta ali [na UTI], então, eu quero ficar na UTI, então me deixa só na UTI..*

Doralice (concordando o tempo todo com a fala de Tereza): *é eu também.*

Tereza: *esteja do jeito que estiver!*

Doralice: *é, é.*

Beatriz: *é, pode ta pegando fogo...*

Tereza: *pode ter vinte, trinta, eu fico na UTI!*

Doralice: *eu fico na boa também.*

Tereza: *eu também.*

Beatriz: *prefiro ficar com cinco ali do que ficar com dois na UI*

Doralice: *eu também.*

(rs)

O “dar conta”, explicitado por Beatriz, parece expressar um rebaixamento da concepção do que é o trabalho, ou seja, os aspectos mais visíveis da atividade de cuidado estão sendo plenamente realizados, mas isso não significa que um trabalho de qualidade – ao menos da qualidade almejada por elas – esteja sendo feito. Esse “dar conta” mostra, enfim, que a realização do trabalho dentro de um quadro de número reduzido de funcionários associado, muitas vezes, com a superlotação do hospital, gera um custo, não apenas para a saúde dos profissionais, mas para o próprio usuário e, no entanto, esse aspecto do trabalho permanece na esfera da invisibilidade. Assim, poderíamos dizer que o trabalho realizado, *apesar de tudo*, parece ter como um de seus custos a própria visibilidade dos seus problemas, o que contribui para a reprodução dos mesmos.

A discussão sobre a “política não sei de quê” mostra bem o incômodo - mais uma vez - das auxiliares ao perceberem uma lógica de funcionamento no hospital que não leva em consideração o ponto de vista da atividade concreta, desenvolvida nas suas minúcias. Mais adiante, Tereza diz que os interesses envolvidos nesta questão são: “política, grana! Money, tem gente levando grana, só isso! A verdade é essa, nua e crua...”, reforçando a posição trazida por Madalena no encontro II - no qual Tereza não esteve presente - sobre a Unidade Canguru,. A fala de Tereza traz à tona o quanto aquilo lhe “estressa”, lhe faz mal, e o quanto sente uma imobilidade da “enfermagem” em reivindicar seu próprio espaço de autoridade frente à chefia médica. Trata-se aí de uma questão de embate de gêneros profissionais fortemente marcados pela divisão sexual do trabalho, onde, desde sempre, a enfermagem (em todos os seus “níveis” de formação) se situa numa posição subalterna aos médicos, o que dificulta ou mesmo inviabiliza o diálogo entre ambos. Assim, a fala de Tereza não deixa de ser uma proposta de como poderia ser contornado o problema do quantitativo de pessoal, dada a realidade colocada pela prefeitura ao não realizar as substituições necessárias e mesmo não prover o quantitativo adequado de auxiliares /pacientes.

Na discussão sobre o fato de não poderem escolher o setor de trabalho, uma questão também já bastante debatida em encontros anteriores, Beatriz se coloca como se estivesse fazendo um pedido (“eu tenho uma coisa pra dizer também (...) eu acho que a gente poderia ficar no lugar que a gente mais gosta de trabalhar, né”), expressando um desejo que, dito às interlocutoras, tivesse o poder de se transformar em realidade. Neste sentido, Durrive (2001) afirma que, na dinâmica dos encontros sobre o trabalho, quando os participantes conseguem vencer o sentimento de que a própria experiência deveria se apagar diante de discursos já construídos, é que conseguem encontrar razões para formalizar essa experiência e questionar de maneira nova esses saberes instituídos.

Assim, em relação às escalas de trabalho nos setores do Berçário, as trabalhadoras apontam para uma questão de injustiça, elas se sentem injustiçadas pelo fato de as regras não serem iguais para todas (“se é pra eu rodar, vai rodar todo mundo”). Neste caso, a proposta sugerida é que, já que não são todas as auxiliares que “rodam” todos os setores, então, elas deveriam poder escolher o setor que preferem ficar. Além do fato de que trabalhariam onde preferem, Doralice expõe um outro argumento muito importante a favor desta proposição: “também eu acho que a produção é melhor”. Notamos aí, mais uma vez, o quanto as auxiliares de enfermagem procuram desenvolver seu trabalho numa lógica de *produção de serviço*. Neste sentido, não adiantaria elas seguirem a preferência por setor se

a produção, ou mesmo a produtividade – além da qualidade, da saúde e da segurança, - do trabalho ficasse prejudicada.

Ao final das falas deste trecho, Tereza apresenta justificativas para que outras colegas suas não trabalhem na UTI e possam escolher não fazê-lo, porém argumentando que isso deveria permitir que as trabalhadoras que preferem UTI também não tenham que ir para outros setores. Esta fala de Tereza acaba detonando nela própria e nas outras participantes a expressão da virilidade “necessária” ao trabalho na UTI (“eu quero ficar na UTI, então me deixa só na UTI...”; “esteja do jeito que estiver!”; “pode tá pegando fogo...”; “pode ter vinte, trinta, eu fico na UTI!”; “eu fico na boa também”; “prefiro ficar com cinco ali do que ficar com dois na UTI”) – questão também já abordada em outro encontro por um grupo de pessoas diferentes. Esta virilidade, relacionada ao trabalho mais “difícil” (que “pega fogo”), “complexo”, que envolve menos uma dimensão relacional e mais a técnica, parece se justificar, exatamente, por uma aproximação ao gênero masculino que a define a priori, não sendo passível de ser compartilhada por pessoas mais idosas ou que não “se adaptam” àquele ambiente.

3.6.1.4- Sobre as mudanças positivas percebidas pelas auxiliares em seu trabalho

Em determinado momento da nossa conversa, as trabalhadoras voltam-se para as “coisas boas” do trabalho no berçário e para as melhorias sentidas ao longo dos anos na organização e nas condições de trabalho.

Beatriz apontou a organização do setor em relação ao seu outro emprego, dizendo que a divisão do trabalho entre as pessoas facilita o seu desenvolvimento (“porque se você, sozinha, tivesse que fazer isso tudo [organização do material, do soro, das medicações, etc.] e ainda cuidar das crianças... não ia fluir tão bem”), além disso contam com um apoio da equipe de limpeza (“o pessoal da limpeza aqui trabalha muuuito bem (...) fazem tudo dentro da técnica..., coisa que é muito difícil você ver em hospital”).

As mudanças apontadas foram positivas e incluem a descida da sala de medicação do quinto para o quarto andar, algo muito comentado e comemorado por elas como uma grande conquista. No entanto, as auxiliares dizem que há resoluções que elas não conseguem alcançar, especialmente aquelas que não dependem da chefia de enfermagem da neonatologia, mas de âmbitos mais distantes hierarquicamente. No hospital, Beatriz e Tereza falam sobre as mudanças, as conquistas e alguns impasses nos dois trechos de conversas a seguir:

Beatriz: (...) a sala de medicação era lá em cima, era uma coisa assim meio que inviável, né?

Doralice: maior confusão.

Beatriz: já botaram aqui embaixo e, aos poucos já tão..., ah, botaram a porta, a porta já tem uma janelinha..., tudo você vê que é um esforço...

Doralice: pra você ver [através da janelinha da porta] quem ta...

Beatriz: tão adequando pra ficar melhor pra todo mundo trabalhar...

Doralice: ahan

Beatriz: algumas coisas você vê que funciona, outras, mesmo (...)

Doralice: o que depende do nosso setor, aqui, entre a enfermagem, funciona porque ela bate, né, vê no caso a Leila [chefe da enfermagem neonatal], né, a Leila brigou há anos pra descer, pra nós descermos, ela conseguiu, foi uma briga, aí melhorou a porta, né, botou aquilo ali..., mas, quando depende de terceiros, que não é aqui do..., aí pronto, aí... há uma resistência.. (...) Aí tem, aí embargo, que é o caso aqui do BBR, né, quando às vezes a gente vê que não tem necessidade daquele funcionário de ir pra lá, mas aí não adianta, ‘não tem, não tem e acabou!’

(...)

Beatriz: tem coisas, por exemplo, - eu tenho menos tempo aqui, não tenho nem um ano ainda, mas tem coisas que eu já pude observar – quando a sala veio pra cá e as mudanças todas vieram... esses dias, não sei quem foi, acho que foi a enfermeira Leila, que chegou e falou daquela... daqueles vidrinhos pra manipular o álcool..., até a chefe mesmo da enfermagem, ela falou: ‘olha, depois vocês me dão a opinião, pra dizer o que vocês acharam, se vale a pena, se não vale, se ficou legal...’ Porque quem ta trabalhando somos nós, né, quer dizer, pra algumas coisas existe, né, essa facilidade de você ta conversando, dizendo os pontos positivos e os negativos, mas outras não, né?

Doralice: é, é.

Beatriz: são impostas: ‘é isso, não tem jeito, vai ficar assim mesmo ou então não vai ter nada’

?: não adianta reclamar”

As participantes percebem um “esforço” por parte da chefia da enfermagem em gerar melhorias para a realização do trabalho, mas dizem que, quando dependem da ação de “terceiros”, ou seja, de pessoas de fora do setor da neonatologia e, particularmente, da “enfermagem”, dificuldades maiores se apresentam. Isso fica explicitado com o exemplo do funcionamento do BBR que, conforme fala anterior da Tereza neste mesmo encontro, depende da decisão da chefia geral da neonatologia (chefia médica). Neste ponto, a falta de força da “enfermagem” de maneira mais geral (“a Leila [chefe da enfermagem neonatal] brigou há anos pra descer, pra nós descermos, ela conseguiu, foi uma briga”) parece figurar como um obstáculo a mais para as trabalhadoras de nível fundamental e médio.

Em seguida, Tereza comenta as diversas mudanças ocorridas durante o seu longo período de trabalho no hospital e chama a atenção para o fato de que as auxiliares sempre participam ativamente das mudanças propostas na organização do trabalho do berçário (o

que inclui o aprendizado e a utilização de novas tecnologias, novos equipamentos, modos de funcionamento, modos de estabelecer relação com os familiares, entre outros). Inicialmente, Tereza se refere a isso de forma positiva, depois aponta os problemas relacionados ao modo como as auxiliares participam das mudanças, que quase sempre são propostas (ou impostas?) de fora/ de cima para o grupo das auxiliares. A seguir, o desenrolar desta conversa:

Tereza: Uma coisa que eu acho legal – entre nós, ta, auxiliares – é que tudo o que pedem, tudo o que modifica aqui, a gente entra... (rs)

Doralice: é mesmo.

Tereza: a gente faz! Entendeu? Eu, que to vinte anos aqui, muuuuuta, mas muuuuuta coisa mudou! Até no sentido de dar atenção pra mãe, o Pedro Moraes [pediatra] era um...

Doralice: cão chupando manga

Tereza: cão!

Doralice: (rs)

Tereza: Que não dava atenção pra mãe nenhuma, muito pelo contrário, escorraçava as mães! Hoje em dia...

(...)

Tereza: ele ta outro, até foto dele eu tirei hoje, ele fez pose (...) (rs)

Doralice: é... (...) nossa senhora!

(Rs)

Tereza: entendeu? (...)

Letícia: you ta falando que vocês se adaptam às mudanças, é isso?

Tereza: a tudo, entendeu? ‘Ah, tem que ficar uma pessoa na medicação’, ‘ta, eu vou ficar na medicação’ – sem necessidade, porque nos outros lugares quem faz medicação é enfermeiro!

Beatriz: é enfermeiro

Tereza: só aqui, porque nós somos burros de carga, nós somos, cara.

(...)

Tereza: tuuudo... tuuudo é a gente, tuuuudo é a gente, entendeu? (...) e a gente ‘tum, vamo lá’. Aconteceu mais alguma coisa? “Vai tirar da assistência”, mas vai... é o auxiliar- burro de carga.

(...)

Tereza (gritando): Ah, ‘tem que abrir, tem que abrir o BBR’ Por que ‘tem que abrir’?!

Doralice: é

Beatriz: se é inviável... por quê que tem que ficar aberto?

Doralice: exato.

Tereza (gritando): porque, quem vai cuidar?! É eles?! Não, somos nós, se a gente não tem (...) pra ficar ali...

Beatriz: Olha só, a criança, se essa criança não ficar lá (no BBR), ela vai ficar na UI, ela vai receber o mesmo cuidado...

Tereza: É isso que eu to falando!

Beatriz: qual o problema de, então...?

Doralice: não faz diferença...

Beatriz: só que, se você deixar um auxiliar ali cuidando de uma criança, se esse auxiliar for com essa criança pra lá, ele vai poder pegar mais duas,

três crianças pra cuidar, e quem tá lá, não vai precisar ficar com cinco, seis...

Doralice: *sete... é.*

Tereza: *mas eles vêm isso? **Não**, ele vê que tem que ficar **abeeerto!***

Parece-nos que o paradoxo da colocação de Tereza (“Uma coisa que eu acho legal – entre nós, ta, auxiliares – é que tudo o que pedem, tudo o que modifica aqui, a gente entra... (rs)” e “tuuudo... tuuudo é a gente, tuuuudo é a gente, entendeu? (...) e a gente ‘tum, vamo lá’. Aconteceu mais alguma coisa?”) fala de, pelo menos, dois aspectos:

- O de que a participação efetiva das auxiliares nas mudanças pode significar que elas estão contribuindo, a seu modo, para a construção da história daquele serviço e daquela instituição, criando um patrimônio de saberes e valores através das formas que encontram para expressá-los entre os diversos atores participantes deste processo de construção, deixando presente a sua marca;

- O de que para que qualquer mudança de fato se dê na prática de uma instituição hospitalar, com a sua organização baseada numa hierarquia piramidal que associa diretamente saberes acadêmico-formais a poder, a participação dos membros que devem *executá-la* é fundamental. Com isso, a contribuição das auxiliares de enfermagem (que compõem a base da pirâmide) não apenas é importante, mas é também condição *sine qua non* para que as ações teorizadas sejam efetivamente implantadas e obtenham resultados concretos. A idéia de uma disponibilidade contínua destas profissionais está aí colocada.

Ao mesmo tempo em que a força da imposição de determinadas situações sobre o trabalho delas é vista como praticamente imutável, as auxiliares parecem tentar esboçar a saída da posição de uma certa disponibilidade permanente e independente de qualquer coisa. Isto aparece nesta última fala, através da mudança de tom (do afirmativo para o interrogativo) no meio da frase dita por Tereza (“‘tem que abrir, tem que abrir o BBR⁹⁷, Por que ‘tem que abrir’?!”) onde ela questiona uma determinação dos médicos que influencia diretamente o trabalho delas e sobre a qual não apresentam autonomia, ou mesmo não têm as suas opiniões consideradas.

Entendemos que a expressão “auxiliar- burro de carga” aponta para uma dupla violência sentida pelas auxiliares de enfermagem: representaria a idéia de que elas *não sabem nada/ não têm inteligência* e, ainda por cima, devem carregar um peso exagerado nas costas. Assim, a dupla violência que está aí presente imprime sobre elas ao mesmo tempo uma *desqualificação* e um *sobretabalho*.

Ao final deste momento, Tereza questiona ainda, se os médicos “vêm isso”, deixando-nos a clara impressão de que se está falando de seu próprio trabalho a partir do ponto de vista da *atividade* e procurando valorizar este ponto de vista como apropriado

para enriquecer as visões que realizam a concepção mais geral de seu trabalho. Além disso, o seu questionamento se refere justamente à invisibilidade da gestão cotidiana de dramáticas de uso de si realizadas por elas e, ainda, faz retornar a observação que fizemos na análise do encontro anterior sobre a importância da “visão” para o trabalho delas, o qual, contraditoriamente, não é, porém “visto”.

3.6.2- Segunda parte do encontro: colagem sobre a planta da Unidade Neonatal

Neste momento, as trabalhadoras fazem colagens no papel pardo com a planta do berçário (Apêndice XI foto 1), procurando representar o funcionamento da Unidade Neonatal. As auxiliares parecem, inicialmente, pautar-se no modo como este é em sua prescrição, ou em seu funcionamento mais geral, esperado. A partir de algumas intervenções nossas, as auxiliares sugerem algumas mudanças e chegam a expressá-las através da colagem e do desenho. A partir também de alguns questionamentos nossos, as trabalhadoras chegam a debater entre si sobre alguns assuntos como, por exemplo, a opinião sobre o uso da chupeta e da mamadeira no berçário. Também através deste dispositivo, surgiram algumas propostas/ reivindicações mais concretas colocadas por elas através de figuras coladas ou desenhos, que retratam a sua atividade real.

As auxiliares começam trabalhando e falando entre si e mesmo “sozinhas”, comentando o que estão fazendo ou perguntando sobre o que nós gostaríamos que elas fizessem. Ao longo do processo, elas vão fazendo as colagens, mas consultando as colegas, seja para pedir uma certa “permissão” (“ó, a música eu vou botar bem aqui no cantinho, ta?”), seja para pedir a opinião (“e agora aqui na ambulância vamos botar o que?”). Ao final, nós filmamos o produto a que elas chegaram (Apêndice XI, foto 2) e pedimos para que fossem dizendo o que queriam expressar com cada intervenção feita no papel pardo.

Apresentamos, a seguir, nove pontos de destaque deste segundo momento do encontro de fechamento:

3.6.2.1- Discussão sobre o uso da chupeta e mamadeira

A discussão sobre esta questão um tanto polêmica apareceu em quatro momentos distintos do processo de colagem:

1º.) Quando vêem a figura de uma mamadeira (Apêndice XI, foto 2), as auxiliares conversam em tom de brincadeira. Beatriz parece querer provocar as colegas dizendo para colocarem a mamadeira na UI:

*“Doralice: ih, isso aí [uma figura de mamadeira] pode descartar...
Tereza: mamadeira você bota na lixeira (rs)”*

Doralice: *tem lixeira aí? (rs)*

(rs)

Beatriz: *bota na UI (rs)*

Doralice: *nem UI, né, que lá não usa mamadeira.”*

2°.) Ao visualizar a figura de uma chupeta, Beatriz comenta sobre a proibição deste item, num tom de referência a uma recomendação externa (prescrita), a qual acaba relativizando após a nossa intervenção. Tereza confirma a regra e Doralice volta a perguntar sobre uma lixeira (figura que não levamos). É neste momento, na verdade, que surge um movimento, a partir da fala de Beatriz, de se questionar a prescrição com base no que elas realmente fazem na prática sem, no entanto, deixar as suas renormatizações (no caso, a utilização da “chupetinha de luva”, já discutida em outros encontros) ficarem numa posição obscura e invisibilizada, como algo “proibido”, por não contribuir de modo positivo para o trabalho.

Beatriz: *não, chupeta não pode*

Tereza: *não, chupeta é proibido aqui*

Doralice: *tem algum lugar que possa colocar que chupeta é proibido, tem uma lixeira?*

Letícia: *não tem, mas vocês podem desenhar. A idéia é que vocês façam como vocês gostariam que fosse...*

Beatriz: *eu sou a favor de uma chupeta pra dar uma acalmada...*”

3°.) Em determinado momento (não registrado em áudio), as auxiliares conversam sobre uso da chupeta, apresentando opiniões divergentes sobre isso: Beatriz e Tereza concordam que ela é um recurso a ser usado no berçário, apesar de sua proibição formal. Elas dizem que não vêem mal no uso da chupeta, pois, desde que feito na hora certa, "a chupeta acalma", já Doralice acha que esta não deve ser usada porque dificulta a expressão de incômodo ou dor da criança, inibindo a sua expressão ("se ela ta chorando é porque ela está insatisfeita com alguma coisa, eu acho que com a chupeta você ta inibindo"). Beatriz se contrapõe dizendo que se a chupeta consegue acalmar o bebê é porque não há algo mais grave acontecendo com ele, pois quando eles estão realmente com dor eles não param de chorar só por causa dela. Com relação ao uso de mamadeira, todas discordam, porque entendem que ele atrapalha a amamentação no seio, já que é mais fácil para o bebê sugar o bico da mamadeira do que do peito da mãe.

4°.) No momento em que registramos por vídeo as colagens (Apêndice XI, foto 2 e 6) feitas por elas sobre a discussão do uso de mamadeira e chupeta, pedimos que Beatriz explique a posição delas frente a isso:

“Beatriz: As orientações, né, pra não oferecer chupeta pra criança, embora alguns - como eu e a Tereza -, a gente é a favor porque acha que acalma a criança, eu, acho que na medida certa, né, na hora certa não faz nenhum mal, e a mamadeira que não é legal, porque...pela facilidade mesmo do bico atrapalhar na amamentação no seio materno...”

Doralice: na sucção...

Beatriz: fazer com que a criança desista, porque dá mais trabalho, né, a mamadeira é muito mais fácil.”

3.6.2.2- Sobre o tamanho da sala de medicação

Outra questão, vinculada à necessidade de transformação das condições de trabalho, e trazida por Beatriz, é o tamanho da sala de medicação (Apêndice XI foto 2) que, se ampliada – modificação possível através dos barbantes colados no papel pardo -, tornaria as salas ao lado – já pequenas, segundo ela – menores. Interessante notar como determinadas modificações no trabalho ajudam a fazer com que os trabalhadores pensem novas modificações a partir daquelas. Assim, a sala recém-inaugurada da medicação e ainda muito comemorada pelas trabalhadoras, já está sendo criticada e alvo de sugestões para mudanças futuras.

Ao explicar-lhes que as divisórias internas da planta estão em barbantes para que elas possam movê-los se desejarem, mudando a forma do espaço, Beatriz comenta: “só a sala de medicação podia aumentar, né”.

Num momento posterior, perguntamos a elas se não vão fazer nenhuma mudança nos barbantes e Beatriz responde:

“Beatriz: eu queria aumentar aqui (sala de medicação), mas a outra sala (sala dos materiais utilizados pelos médicos) já é pequena, né, não tem nem como aumentar...”

Letícia: vocês acham, então, que a sala de medicação é pequena?

Beatriz: é. Ela ficou ótima aqui embaixo, mas o espaço é pequeno porque é pra medicação e para a hidratação (HV- hidratação venosa).”

3.6.2.3- Sobre a conquista da sala de medicação no quarto andar

Durante gravação por vídeo, quando já haviam terminado a colagem e a explicavam para nós, Doralice comentou sobre a importância da sala de medicação ter ido para o quarto andar (Apêndice XI, foto 2):

“Letícia: o que mais que você colou aí?

Doralice: a sala da medicação, que foi excelente ter vindo para o quarto andar (...) era uma reivindicação nossa, já de anos, né...”

3.6.2.4- Sobre a reivindicação de música

Outra reivindicação, já indicada durante o primeiro momento do encontro, foi retomada na colagem, a partir de uma figura de um símbolo musical. A expressão deste desejo (“a gente gostaria...”), e até de uma necessidade (“a gente precisa...”) de música, apareceu em dois momentos diferentes da colagem (Apêndice XI, fotos 2 e 7), como uma reivindicação aparentemente do coletivo das auxiliares:

1º) Logo no início da colagem:

“Beatriz: Por exemplo, música, isso aqui (figura) a gente pode botar..., que a gente gostaria que tivesse uma...

(...)

Tereza: ó, a música eu vou botar bem aqui no cantinho, ta?!”

2º) Momento da filmagem, em que elas explicam de forma mais sistematizada o que queriam expressar com a colagem:

“Tereza: e aqui na UTI eu queria falar só isso... depois quem quiser fala...

Letícia: ta, fala.

Tereza: que a gente ta sentindo muita falta de uma música, entendeu?

Letícia: e aí esse símbolo é pra representar isso?

Tereza: é pra representar o que a gente ta querendo, né?

(...)

Tereza: a gente precisa de uma música.”

3.6.2.5- A reivindicação de um profissional para recepcionar as mães na UTI

Apareceu também, logo no início da colagem, a questão da importância de haver um profissional para recepcionar as mães dos bebês na chegada à UTI (Apêndice XI, foto 8), demonstrando uma certa concretização da proposta discutida no início deste encontro sobre a situação de chegada das mães à UTI pela primeira vez. A idéia de haver uma pessoa na “recepção” foi representada pela colocação da figura de uma enfermeira literalmente na porta de entrada da UTI.

1º) Num primeiro momento, Tereza faz a colagem e comenta o que está fazendo, sendo complementada por Beatriz:

“Tereza: ó, vou botar uma enfermeira aqui na porta da UTI pra ela já ir...

Beatriz: recepcionando

Tereza: recepcionando”

2º) Durante a filmagem, ela explica a necessidade da presença desta profissional ali, exemplificando-a com uma situação vivida por elas no dia-a-dia em relação à “recepção” das mães na UTI:

“Letícia: que mais que tem aqui na UTI? Que vocês colocaram?”

Tereza: tem o ideal que a gente falou, que a gente queria que tivesse pelo menos uma pessoa pra receber as mães, cada uma ta cuidando...

Letícia (aponta para uma figura de uma mulher): essa pessoa aqui recebe as mães?

Tereza: é, cada um ta cuidando das crianças né, de repente a gente não pode sair pra... entra uma mãe perdidona e não sabe nada de nada, onde ta nem o filho né, então deveria ter uma pessoa ali, quando visse a mãe, chegava: ‘bom dia, qual é o seu nome, vamos ver o seu filho’, entendeu? Pra ficar perto dela pra se ela sentisse alguma coisa, uma tristeza ou chorar, isso acontece mesmo. E o ideal seria isso, né?”

3.6.2.6- A reivindicação de uma TV para copa

Tereza falou sobre os momentos de pausa no trabalho, os quais se concentram principalmente na copa (Apêndice XI, foto 3) e num quarto de descanso (mais utilizado pelo pessoal do turno noturno) situados dentro do complexo da unidade neonatal representado na planta. Tereza expressou um desejo sobre esses momentos na hora da colagem e o retomou no momento da filmagem:

1º)

“Tereza: ah, sabe o que eu queria mudar?! Queira botar uma televisão ali pra gente, pro nosso descanso, não tem (figura), né?”

Beatriz: é verdade”.

Tereza pega um lápis e desenha a TV na copa.

2º) Tereza se expressa de forma um pouco tímida em comparação com a sua postura durante as discussões, mesmo não tendo seu rosto filmado (apenas sua voz e a colagem foram registradas no vídeo). Parece se dar conta - apenas neste momento -, do registro que está sendo feito e mostra-se um pouco envergonhada, talvez por estar falando sobre a necessidade de pausa no trabalho e de elementos (como a TV) que as ajudem a não ficar com “a cabeça” o tempo todo ligadas a ele.

“Letícia: ta, então fala aí... aqui foi você (dirigindo-se a Tereza) que colou, fez a televisãozinha...”

Tereza: é, a gente tem uma sala de café, né, que a gente se reúne, gostaria que tivesse uma televisão (rs), que tivesse uma televisão, pra gente também se reunir, que a gente se reúne a toa né, ainda mais com uma televisão seria ótimo né, apesar de que a gente trabalha pra caramba, maaas seria o ideal também.”

3.6.2.7- A necessidade de uma ambulância própria

Outra reivindicação feita, mas só surgida no momento da colagem – talvez devido à figura de ambulância levada por nós -, foi a de possuírem uma ambulância e um

profissional específicos para as saídas com os bebês da Neonatologia para exames, cirurgias e outros procedimentos realizados fora do hospital (Apêndice XI, foto 2).

Doralice faz a colagem da ambulância fora do espaço da planta da unidade e escreve sobre ela a palavra “neo” (de neonatologia), com o objetivo de identificá-la como própria ao setor do berçário, e explica em seguida o que fez:

“Doralice: e agora aqui na ambulância vamos botar o que?”

Tereza: bota ‘neo’ aqui de caneta, ‘neo’.

(...)

Letícia: então fala aí, Doralice começa, fala aí dessa ambulância.

Doralice: ta, o quê que eu falo?

(Rs)

Letícia: fala porque que ela ta aqui...

Doralice: ah sim, é pra fazer o transporte dos bebês que precisam de atendimento específico, exames, cirurgias, pra irem a hospitais indicados...

(...)

Letícia: vocês sentem falta de uma ambulância própria, não é isso?

Doralice: precisamos, isso.

(...)

Beatriz: e de um funcionário pra saída.

Doralice: é.

Rs

Tereza: mais um.

(...)

Doralice: um funcionário específico, porque tem que sair uma [auxiliar] do setor.

Beatriz: porque quem sai na ambulância é quem ta com a criança, né, quem ta com o RN [recém-nascido]. Só que ele [o auxiliar] nunca fica com um sozinho, os outros [bebês] ficam aqui pra serem cuidados pelos outros [auxiliares], só que aí quando a pessoa volta né, tem meio... até pegar o ritmo de novo...”

3.6.2.8- O desejo de que o 4º. andar fosse destinado inteiramente ao Berçário

Um outro “desejo”, também expresso por elas apenas no momento do vídeo, parece remetido à questão da relação em cima/ embaixo, já discutida ao longo deste capítulo. As trabalhadoras falaram, em diversos momentos do encontro, sobre o andar “delas”, o “aqui embaixo” como um território próprio, onde as coisas funcionam mais de acordo com as suas próprias normas, em maior coerência com o que elas acreditam ser o melhor, em relação ao que acontece “lá em cima”. Além disso, o “aqui embaixo” é um espaço em que as suas reivindicações são mais ouvidas e consideradas e onde elas têm uma melhor relação com as mães dos bebês, por exemplo.

Este “desejo não tão falado” colocado por Tereza como algo que seria não apenas seu, mas do seu coletivo de trabalho, tem como “ideal” que todos os serviços prestados pela

Neonatologia se concentrassem no mesmo andar (4º. andar) e que os demais serviços atualmente existentes ali, e que não têm relação direta com o berçário, se mudassem para outro espaço.

Assim, notamos que aos poucos as auxiliares foram se sentindo mais livres e à vontade, inclusive para propor mudanças mais “idealizadas”, relacionadas com seus desejos já bastante soterrados, (quase) esquecidos. A seguir, as falas das trabalhadoras sobre isso:

“Tereza: uma coisa que eu queria muuuito assim, quer ver? é... (parecendo tentar lembrar) (3”) ai meu pai, o quê que a gente queria que ficasse todo...? uma coisa que a gente queria né, que de vez em quando a gente fala, que a gente queria que o andar todo fosse do berçário, da UTI neonatal, né. (...) botar só o pessoal do quarto andar- berçário, seria o ideal...

(Doralice sai pra atender o celular)

Beatriz: é porque aí ia ampliar bem, né, o espaço.

Tereza: ia ampliar bem o espaço.

Letícia: mas isso é uma reivindicação feita ou...?

Tereza: não a gente não reivindica, a gente sempre fala ‘pôxa isso podia...’

Beatriz: um desejo

Tereza: um desejo, não tão falado, né, mas a gente comenta.”

3.6.2.9- Aspectos deste momento do Encontro que demonstram a forte presença da relação de serviço no trabalho das auxiliares

Durante a colagem, as participantes chamaram a atenção para questões ou sugestões de mudanças que, na maioria das vezes, mostram a importância que elas dão aos usuários (bebês e seus familiares) do serviço que oferecem. Expressam, com isso, como a sua profissionalidade, o seu ofício está voltado para a efetivação de uma transformação qualitativa nas condições de atividade e de vida do usuário/ cliente (Zarifian, 2001a). Alguns exemplos disso são:

- A figura de uma fatia de bolo de festa (levada por nós, pensando que poderia ser vista como uma pausa para um lanche/ café durante o trabalho delas) foi colada ao lado de um bebê representando a comemoração de seu “mesversário” (Apêndice XI, foto 7);

- A figura de uma casa (levada por nós, pensando que elas poderiam fazer alguma relação com as casas delas próprias, a volta pra casa, o trabalho doméstico, etc.) foi usada por elas como a casa das famílias dos bebês, para onde estas almejam ansiosamente retornar (Apêndice XI, fotos 2, 4 e 5). Sobre este ponto, as auxiliares explicam, durante a filmagem:

Doralice: *é... isso aqui realmente é o que acontece, né. Eles [os familiares] ficam ansiosos porque, às vezes, normalmente, é porque tem filhos pequenos em casa (...)*

Beatriz: *até porque prepara, né, o quarto, e tudo mais, vai querer mostrar [o bebê] pra família, até porque a visita aqui...*

Doralice: *é restrita*

Beatriz: *é uma visita além de pai e mãe, tem que ser agendada né?*

Doralice: *agendada, isso.*

Beatriz: *tem toda uma dificuldade, a família querendo conhecer, aquela ansiedade..."*

- As auxiliares falaram que o sonho delas seria que a unidade neonatal tivesse bem menos bebês internados (Apêndice XI, foto 2), não apenas porque isso faria com que elas tivessem menos trabalho, mas porque gostariam que não fosse necessário que os bebês passassem por aquele tratamento, mas sim que nascessem no tempo certo e sem intercorrências;

- A importância dada à participação da família no cuidado dos filhos internados também aparece na colagem (Apêndice XI, foto 4) e nas falas abaixo, ditas durante a filmagem:

Letícia: *e aí, Beatriz?*

Beatriz *(mostra as colagens na UI): a UI com as crianças já maiores, mais... um pouquinho mais independentes, aonde as mães podem tá cuidando né, ativamente, ajudando bastante, trocando fraldinha, fazendo alguns cuidados.*

Letícia: *isso aqui é uma mãe?*

Beatriz: *é. É onde a mãe interage bem mais com os próprios pediatras e a equipe de enfermagem...*

(...)

Doralice: *e a importância aqui é do pai com a mãe e o bebê (uma figura que tem um casal segurando um bebê), né, isso é muito importante, porque às vezes eles ficam excluídos, não tem aquela...*

Letícia: *quem, os pais?*

Doralice: *o pai. Ele se sente [excluído].*

Beatriz: *normalmente criança de UTI é bem prematura é bem pequena, então os pais têm até receio de tocar, muitos perguntam 'posso tocar?', principalmente quando é primeira visita. Já na UI, a tendência já é ser uma criança mais desenvolvida, com menos problema, né, em ar ambiente..."*

³⁶ Todos os nomes das/os participantes da pesquisa e de pessoas e instituições citadas por elas/es foram substituídos por nomes fictícios, visando garantir o anonimato dos mesmos.

³⁷ Auxiliar de enfermagem com longa experiência de trabalho no setor da UTI neonatal (vinte anos), com quem conversamos em diversas visitas, sendo uma das primeiras com quem tivemos contato, e que muitas vezes nos apresentou a suas colegas de trabalho dentro do berçário. Tereza se mostrou sempre muito disponível em falar sobre o seu trabalho, a maioria das vezes durante a própria realização deste.

³⁸ B.A. (berçário de admissão): berçário comum, para onde iam os bebês que nasciam no hospital sem intercorrências, antes de serem levados para as suas mães na enfermaria.

³⁹ Ela própria trabalhou durante muitos anos em creche, inclusive, conciliando com o trabalho noturno neste hospital.

⁴⁰ Este “fenômeno” apareceu, principalmente, em nossas conversas durante as visitas. Muitas auxiliares afirmavam estar cursando ou ter já concluído a graduação em enfermagem. Algumas estavam cursando pós-graduações (especialização em neonatologia, geriatria, residência em enfermagem), algumas eram, inclusive, enfermeiras líderes em outros hospitais. Além disso, havia aquelas que relataram ter graduação em outras áreas (Biologia e Letras). O curso de técnico de enfermagem foi oferecido pelo próprio hospital (em convênio com uma escola de formação em enfermagem) como complementação na formação daquelas que tinham apenas o ensino fundamental. Dessa forma quase nenhuma das auxiliares tinha, na realidade, apenas a qualificação formal de “auxiliar de enfermagem”.

⁴¹ Rotina (Anexo) prevista para profissionais com o “cargo funcional” de “auxiliar de enfermagem”, encontrada nos balcões de enfermagem do berçário, onde constam as ações a serem realizadas por estas trabalhadoras ao longo de um plantão.

⁴² Lei do exercício profissional da enfermagem 7498/86, onde se estabelece o que cabe a cada um dos profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) e quais os limites de atuação dos profissionais de nível médio e elementar (auxiliares e técnicos) na prática da enfermagem.

⁴³ Conforme apontado por Márcia Lisboa (professora doutora de enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro) durante uma avaliação oral sobre este trabalho numa disciplina do curso de mestrado em saúde pública, o próprio fato de auxiliares de enfermagem cuidarem destas crianças é contraditório com a lei citada acima, pois o cuidado direto de pacientes graves e com risco de vida deveria ser de responsabilidade privativa de enfermeiros.

⁴⁴ Esta discussão foi retomada e relativizada por elas em um encontro posterior.

⁴⁵ Em que uma auxiliar novata segue acompanhando o trabalho de uma mais experiente para aprender o serviço que deve realizar

⁴⁶ Na apresentação teórica durante o Encontro falamos apenas de alguns elementos da competência, não apresentando a discussão sobre os seus “ingredientes”.

⁴⁷ Ao expormos esta fala, a discussão foi tomando rumos que avaliamos que tornariam desnecessária a utilização das outras falas que, além disso, tornaria complicada a questão do tempo, já reduzido. Isso ocorreu apenas neste Encontro, momento também de experimentação deste “instrumento metodológico”, e em achamos que as questões que as falas deveriam suscitar já estavam surgindo sem a utilização destas. No entanto, em Encontros posteriores, percebemos uma mobilização bastante interessante suscitada a partir das falas expostas às trabalhadoras, mesmo que a reação delas tenha nos surpreendido na maioria das vezes.

⁴⁸ Modo no qual pareceu se pautar sua compreensão da frase “para escolher não pode ser auxiliar [de enfermagem]”.

⁴⁹ Ao conversarmos com Madalena em uma visita, ela demonstrou-se bastante emocionada e com diversas dificuldades com o seu trabalho, principalmente com a categoria “auxiliar de enfermagem”, a qual ela afirma ser “escravizada” pela hierarquia e a qual não apresenta força para lutar, realizando muitas funções além das que deveriam. Foi uma das únicas - senão a única - que disse não gostar do que faz (dentro da forma como o trabalho é organizado) e a estabelecer um vínculo negativo do trabalho com a sua saúde. Esta auxiliar participou - e ativamente - do encontro III e depois entrou de licença médica, não participando dos demais encontros.

⁵⁰ O que aparece, também e mais profundamente, durante a sua participação no encontro IV.

⁵¹ Luiza está a três anos no Hospital.

⁵² Esta questão será discutida de modo mais aprofundado na análise do Encontro V.

⁵³ Expressão utilizada por uma auxiliar, durante uma visita, para se referir ao comportamento das mães dos bebês dentro do berçário.

⁵⁴ Vale ressaltar que Luiza é estudante de graduação de enfermagem.

⁵⁵ Ela é uma das auxiliares que cursam a faculdade de enfermagem.

⁵⁶ “Oficial” no sentido de que possui matrícula na prefeitura. Seu contrato no plantão diurno é como “dupla jornada”, modalidade de plantão extra, possível apenas aos profissionais concursados.

⁵⁷ Nos outros plantões noturnos observamos, durante as visitas, que a divisão não é feita dessa mesma maneira, as auxiliares se responsabilizam inicialmente (entre 19h e 23h) apenas pela metade do número de bebês dos quais irão cuidar no horário de descanso das colegas (de 23h às 3h ou de 3h às 7h), quando irão lhes substituir.

⁵⁸ Os plantões noturnos apresentam numericamente menos auxiliares trabalhando e ainda têm este quantitativo reduzido à metade durante os horários de descanso, fazendo com que o trabalho fique bastante intenso, especialmente em situações de superlotação e de faltas de profissionais. Nestes casos, portanto, as situações de cooperação parecem ser ainda mais necessárias para o prosseguimento do trabalho, mas,

sem dúvida, não ocorrem do nada, são parte da construção dos diversos coletivos de trabalho que ali se revezam em plantões.

⁵⁹ Neste caso, um enfermeiro do sexo masculino, um dos dois únicos enfermeiros plantonistas homens. Há ainda outro enfermeiro na equipe, mas é um membro da chefia da enfermagem da Neonatologia/berçário, ou seja, participa da “rotina” e não dos plantões.

⁶⁰ Conforme a fala de Iracema (“*uma pega ‘um, dois, três’, a outra dá seqüência: ‘um, dois, três’*”) explícita, os bebês são escolhidos por cantos (“lados”) dos setores (UI e UTI). Sobre isso, observamos durante as visitas que cada canto apresenta bebês com gravidade mais ou menos parecida e esta é maior de acordo com a maior visibilidade possível de quem olha de dentro do balcão de enfermagem.

⁶¹ Em relação aos outros setores (UBR e Canguru), ouvi algumas vezes elas se queixarem que têm como uma de suas desvantagens o fato de ter que esperar sua substituta direta chegar para passar o plantão, porque são setores em que fica apenas uma auxiliar. Também cheguei a observar e acompanhar uma situação em que Rosa estava na UBR e ficou esperando por volta de meia hora sua colega chegar para rendê-la.

⁶² Sobre este assunto, também ouvi durante as visitas outros possíveis motivos das chefias para fazer a escala de rodízio, sendo um deles o maior “estresse” da UTI. Diante do que ouvimos sobre a UTI nos encontros, este seria um motivo controverso, ou seja, para algumas o “estresse da UTI” é preferível ao trabalho nos outros setores.

⁶³ Em conversa durante uma visita noturna, auxiliares se queixaram dessa escala, dizendo que entre elas próprias isso se resolvia sem problemas, já que as preferências de cada uma são variadas.

⁶⁴ Estamos falando aqui de uma prescrição informal/ oral implícita, pois que na sua rotina de trabalho escrita não há sequer referência ao trabalho a ser realizado com as mães.

⁶⁵ Um dos modos como as auxiliares se referem a seus pacientes, tanto quando falam: “filho [nome da mãe]”, quanto quando falam deles como “seus filhos”, os “filhos” das colegas, etc.

⁶⁶ Durante conversa em uma visita, uma auxiliar expressou ressentimento em relação à chefia dizendo que as mães dos bebês e suas reclamações sobre as auxiliares são mais ouvidas do que as próprias auxiliares. Ela disse, ainda, que as auxiliares são chamadas à atenção sobre o cuidado dos bebês, mas que não são poupadas na hora de ficarem sobrecarregadas com muitas crianças para cuidar: “a chefia só escuta as mães, mas na hora de botar 20 bebês aqui pra gente cuidar, ta tudo bem!”

⁶⁷ Unidade exclusivamente criada para a realização da 2ª. etapa do Método Canguru, situada no quinto andar, um acima do restante do berçário. A segunda etapa se caracteriza do seguinte modo: “O recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ter o acompanhamento contínuo de sua mãe. Nessa etapa, após o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior, a mãe e a criança estarão aptas a permanecerem em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Essa enfermaria funcionará como um “estágio” de pré-alta hospitalar da mãe e do filho” (Brasil, 2000). Há um processo de seleção dos bebês e das mães que podem realizá-lo, a partir de dos seguintes *critérios*: “2.1.1 da mãe

- a) certificar que a mãe quer participar desse tipo de assistência e se tem disponibilidade de tempo, bem como um serviço social de apoio;
- b) assegurar que a decisão seja tomada por meio de consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde;
- c) verificar a capacidade de reconhecimento das situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação);
- d) conhecimento e habilidade para a colocação da criança em posição canguru.

2.1.2 - da criança

- a) estabilidade clínica
- b) nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
- c) peso mínimo de 1.250g;
- d) ganho de peso diário maior que 15g.” (idem, ibidem)

⁶⁸ Neste setor fica sempre apenas uma auxiliar.

⁶⁹ Em diversos momentos nos encontros, elas se reportavam à necessidade de os médicos ficarem mais próximos das mães dos bebês, esclarecendo suas dúvidas e ordenando suas ações, já que a voz deles é mais valorizada do que a da “enfermagem” (de modo geral: auxiliares e enfermeiras/ os).

⁷⁰ Segundo a Portaria nº 693/GM do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), “A posição Canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto”.

⁷¹ Segundo Molinier (2004), em estudo sobre as profissionais de enfermagem: “As dimensões ambíguas da afetividade estão na realidade sempre presentes numa atividade aonde as relações podem alcançar uma real intensidade. Por um processo de deliberação, o pessoal de enfermagem estabeleceu uma fronteira coletiva entre, como elas dizem, ‘a mulher’ e a ‘profissional’, para não ‘misturar tudo’. A importância que as enfermeiras conferem a esta fronteira, como garantia de sua saúde mental, sugere que, em suas representações, a identidade feminina e a identidade profissional não se recobrem completamente, e a confusão entre as duas será fonte de sofrimento” (p. 19).

⁷² Diferente da relação com os médicos, por exemplo, em que fica patente a distância entre *mundos* completamente distintos.

⁷³ O nome real do bebê também foi substituído por nós por um nome fictício.

⁷⁴ Essa contenção, conforme nos foi explicado por uma auxiliar em uma visita, é feita com um pano que é enrolado no neonato para que ele se sinta amparado, protegido e aquecido.

⁷⁵ Definida pelos autores como “o conceito que permite entender a nossa necessidade de sermos únicos, singulares, diferentes do outro. É distinto do conceito de personalidade” (Sznelwar & Uchida, 2004, p. 90).

⁷⁶ Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), este Hospital é uma das 14 unidades hospitalares onde foram realizadas as atividades práticas do curso de capacitação do Método Mãe Canguru, oferecido como estratégia do Ministério para a implementação do método nas diversas unidades hospitalares brasileiras. Os cursos foram oferecidos entre 2000 e 2005 com o apoio do BNDES e da Fundação Orsa. Ainda segundo este portal, o Hospital está entre as 13 maternidades brasileiras (dentre mais de 240 maternidades que fizeram o curso e foram avaliadas) que cumpriram as três etapas do método conforme o nível de exigência estabelecido na Avaliação Global do Método Mãe Canguru (cumprir 80% dos passos, em cada etapa).

⁷⁷ O tempo recomendado durante etapa realizada na UI.

⁷⁸ Abreviatura de “enfermeiro”.

⁷⁹ Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.

⁸⁰ Nos referíamos ao rolinho que observamos sendo feito e usado pelas auxiliares durante as visitas, o que elas chamam de “nosso”.

⁸¹ * “Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.”

* extraído da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. (Fonte: <http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1136&SectionID=190&SubSectionID=190&SectionParentID=189>)

⁸² Esta foi a única fala de uma enfermeira levada aos grupos. Conversamos com esta profissional durante uma visita em um plantão noturno. Na ocasião, a enfermeira usava a expressão “coração de mãe” como uma crítica à política do hospital, que gerava uma pior qualidade no trabalho e problemas de saúde entre os profissionais decorrentes da sobrecarga de atendimentos.

⁸³ “quando a gente tem muita criança, a gente não tem nem como dar atenção, nem mesmo ao bebê que a gente ta cuidando, muito menos à mãe”

⁸⁴ De acordo com o artigo 12 da Lei N 7.498/86:**

“O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.
(grifos nossos)”

**Fonte:

<http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1136&SectionID=190&SubSectionID=190&SectionParentID=189>

⁸⁵ Participante do Encontro II e do Encontro de fechamento.

⁸⁶ Rosa estava na UTI neste dia, mas passara o mês anterior (setembro) inteiro escalada na Unidade Canguru.

⁸⁷ Expressão utilizada em outro momento do encontro por Doralice, quando lhe perguntamos em qual setor ela costumava atuar mais.

⁸⁸ Sobre a naturalização do ruído e a proposta do termo *panáudio*, metaforizando a idéia de *panóptico*, para falar sobre os diversos sons e silenciamentos do trabalho de técnicas de enfermagem dentro de unidades de tratamento intensivo, ver dissertação de mestrado de Laize Guazina: “Sons, silenciamentos, poder e subjetivação no hospital: a Musicoterapia na Saúde do Trabalhador”, Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional/ UFRS. Porto Alegre, 2006.

⁸⁹ Como, por exemplo, uma preocupação – definitivamente também importante – sobre a contaminação com material biológico entre os profissionais de saúde.

⁹⁰ Para Zarifian (2001b), “comunicação” significa “intercompreensão mútua entre sujeitos” e “não se confunde com informação, comando ou ordem” (p. 126).

⁹¹ Refere-se a uma obra ocorrida no hospital inteiro, quando este ficou funcionando provisoriamente no espaço de uma outra Maternidade pública municipal.

⁹² Segundo as auxiliares, há médicos especificamente responsáveis por este processo.

⁹³ Esta foi a única das participantes deste encontro que estava presente no encontro anterior, durante o qual se discutiu bastante o problema da má qualidade do material.

⁹⁴ Uma destas pessoas foi Iracema, que havia sido chamada por concurso para trabalhar em outro hospital. O outro foi Alexandre, auxiliar com quem chegamos a conversar durante algumas visitas, e foi exonerado do cargo por justa causa, durante o tempo do próprio processo de nossa pesquisa.

⁹⁵ Segundo elas, essa auxiliar era a Madalena, participante do encontro III.

⁹⁶ Lígia, Marina e Lia (nomes fictícios) são auxiliares de enfermagem colegas do grupo do plantão das participantes dos Encontros.

⁹⁷ Esta dificuldade sentida no caso da UBR apareceu, desta maneira, apenas neste encontro. No entanto, durante alguns momentos do encontro anterior, Joana chegou a esboçar certo incômodo sobre este setor, mas não o expressou de forma clara.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do percurso investigativo desta dissertação fomos progressivamente nos dando conta, dentre outras coisas, de que a atividade de trabalho das auxiliares de enfermagem da Unidade Neonatal em foco envolve uma complexidade, uma sutileza e uma riqueza surpreendentes. A perspectiva ergológica, que orienta nosso trabalho, nos confirma a necessidade de uma postura de humildade epistemológica, inevitavelmente acompanhada de um desconforto intelectual. Deste modo, percebemos que não só nosso estágio inicial de formação em pesquisa trouxe limites para o alcance de nossa produção, como também apresenta limites qualquer arsenal teórico-metodológico com o qual se pretenda garantir o alcance da análise sobre a atividade humana, o qual terá sempre uma força parcial.

Aprendemos que é na sinergia com o trabalho concreto, situado, operando com o ponto de vista atividade - em um dispositivo dinâmico de três pólos, no qual o pólo dos saberes da prática esteja presente com autoridade -, que poderemos avançar no compreender-transformar o que se revele necessário. É o que temos como horizonte com os materiais que emergiram nesta pesquisa e podem ser expandidos em futuras investigações.

À guisa de conclusão, apresentamos a seguir as principais pistas que visualizamos na tentativa de compreender a atividade das auxiliares de uma Unidade Neonatal em sua relação com sua saúde, que entendemos estar fortemente ligada a seu aspecto relacional. Acreditamos que, a despeito da importância destas pistas, elas representam um *certo olhar* sobre a produção dialógica engendrada com as estratégias metodológicas aqui utilizadas. Na verdade, entendemos que os resultados e as análises aqui apresentadas são fruto do cruzamento de diversos olhares – seja de pesquisadores do campo das ciências, seja de protagonistas da atividade em análise (investidos como pesquisadores, analistas) - articulados numa sinergia singular, ou mesmo num *bom encontro*, que favoreceu o exercício de compreender-transformar a relação saúde-trabalho em questão.

Sobre a relação entre a dimensão relacional do trabalho, sua invisibilização e a saúde das trabalhadoras, podemos dizer que as *competências relacionais* do trabalho das auxiliares de enfermagem são fortemente mobilizadas nas situações concretas de trabalho e geridas no curso de suas atividades na forma de dramáticas de uso de si. Na verdade, sabemos que o aspecto relacional está presente em qualquer atividade humana. Mas, entre trabalhadores como as auxiliares de enfermagem, que estabelecem⁹⁸ intenso e extenso contato e relação com pessoas em situação de fragilidade (neste caso, com destaque para os recém-nascidos), esta dimensão se mostra de especial importância para a compreensão da dinâmica trabalho-saúde que se opera nas situações de trabalho das auxiliares.

Neste sentido, entendemos que a dimensão relacional é um importante aspecto da atividade, atuando como operador de saúde e/ou de adoecimento (quando é fragilizada sua capacidade normativa). O relacional está fortemente ligado, por exemplo, ao oferecimento de um serviço neste Hospital, do qual elas se orgulham, no qual vêm beleza (um estabelecimento com “coração de mãe”, mesmo que ao custo de intensificação da jornada de trabalho).

Ao mesmo tempo (muitas vezes realmente no mesmo tempo!), a falta de condições pertinentes de trabalho (mesmo, e talvez, especialmente, as *condições materiais* de trabalho precarizadas) e equívocos na forma de organização de trabalho colocam *em risco* o esforço de produção com qualidade e produtividade, que possa ser ainda articulado com saúde e segurança de suas operadoras (individual e também coletivamente, pois o próprio ofício é colocado em risco, *sofre*). Assim, entendemos que a questão não é a existência de riscos, em si, mas sim a falta de recursos para geri-los, sem o custo inexorável da nocividade.

Neste sentido, a dimensão relacional não se revela como fonte natural de adoecimento, ao contrário, ela pode colaborar decisivamente para o prazer e a produção de sentido no trabalho. O problema se encontra em sua expressão dentro de um contexto em que sua invisibilização produzida *quase* chega a tirar inteiramente a legitimidade e nobreza de todo o *texto* (no sentido dialógico deste trabalho em análise) deste patrimônio – de valores e de saberes corporais, cognitivo-afetivos – duramente construído na história do ofício e deste Hospital, solo no qual *rizoma* o relacional.

A presença e a importância desta dimensão faz com que o trabalho realizado por estas profissionais se situe muito além da idéia de trabalho como *execução* ou realização de tarefas *simples* e *repetitivas*. A produção sócio-histórica de sua invisibilização está relacionada a marcas de classe social e de gênero e das posições e valorações a elas relacionadas na sociedade, legitimadas e perpetuadas pela (in)cultura, ou pela lógica médico-hospitalar. Assim, a *coextensividade* entre a divisão sexual e a divisão social do trabalho situa as trabalhadoras de enfermagem de nível médio em meio a uma massa de trabalhadores que “simplesmente” executariam atividades prescritas por médicos e enfermeiros.

Vemos, entretanto, que se estabelece no exercício profissional do coletivo estudado, a construção de um ofício/ gênero profissional com regras específicas e fortalecidas, dentre as quais as que se relacionam com o zelo pela qualidade do trabalho e pela sinergia entre autonomia / auto-organização e cooperação / coordenação entre elas. Neste sentido, o gênero profissional estaria se afirmando, como o que se espera de um ofício: incorporando

em seu interior também a busca de proteção à saúde de seus operadores, num embate conflituoso e cotidiano por se assegurá-la.

Entendemos, ainda, que a denominação “auxiliar” – no sentido de auxílio em si mesmo, sem futuro e desenvolvimento, de algo que está “em vias de se tornar outra coisa um dia” -, a nomenclatura administrativa da profissão, não representa nem o trabalho realmente desenvolvido por estas trabalhadoras, nem a força e a especificidade do ofício construído por elas.

Vendo de uma outra perspectiva, parece-nos, inclusive, que este “em vias de se tornar outra coisa um dia”, este “vir a ser” pode ter força como abertura de possibilidades para o tempo do devir, da criação, da inquietação e de uma história sempre por se (re)fazer.

⁹⁸ Quando tentam não estabelecer, percebemos que a situação se torna ainda mais conflituosa para elas próprias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo MCC. El trabajo en enfermería. In: Machado MH, organizador. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz ; 1995. p. 149-162
2. Athayde M. Uma proposta de orientação epistemológica, teórica e metodológica para a pesquisa-intervenção no campo do trabalho humano do ponto de vista da atividade e da dialogia. Texto para discussão, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/UERJ, Rio de Janeiro, 2006 (mimeo).
3. _____. Gestão de Coletivos de Trabalho e Modernidade: Questões para a Engenharia de Produção. [Tese de Doutorado] COPPE/ UFRJ, Rio de Janeiro 1996.
4. Barbosa ECV, Rodrigues BMRD. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 26, no. 1, 2004, p. 205-212
5. Becker H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1992.
6. Boutet J. Activité de langage et activité de travail. Futur antérieur 1993/2, n. 16, Disponível em <<http://multitudes.samizdat.net/Cooperation-et-construction-de-1.html>> (acessado em 02/01/2007)
7. Braga NA, Morsch DAS. Depressão na gestação e na UTI neonatal. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 157-169.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru: manual do curso. Brasília: 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20Método%20Mãe%20Canguru.pdf> (acessado em 02/01/2007).
9. Brasil. Portaria nº 693/de 5 de julho de 2000. Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. 2000. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24248 (acessado em 08/01/2006).
10. Brito J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M., Athayde M., Brito J, Alvarez D. (orgs.). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 91-114.
11. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária,

- 2002.
12. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciência, Saúde*, Rio de Janeiro 1997, v.4, n. 2, p. 287-307.
 13. Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín/ Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 1997.
 14. Clot Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis: Ed. Vozes, 2006.
 15. _____. Clinique du travail, clinique du réel. *Le journal des psychologues*, nº 185, mars 2001.
 16. _____. La fonction psychologique du travail, Paris, PUF, 1999.
 17. _____. Ivar Oddone: os instrumentos de ação. *Revista Les territoires du travail* nº 3 (Les continents de l'expérience). Catéis: Marseille, 1999b.
 18. Coser L. Reconstruindo crianças: estudo etnográfico em um departamento de cirurgia pediátrica para bebês e crianças com anomalias congênitas. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: IFF/ FIOCRUZ, 2001.
 19. _____. Subjetivação “em risco”: Um estudo de bebês e crianças com anomalia congênita. *Anais do Segundo Encontro Mundial dos Estados Gerais da Psicanálise*. Rio de Janeiro, 2003.
 20. _____. Prematuro, quem é esse bebê? As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: IFF/ FIOCRUZ, 1991.
 21. Cru D. Coletivo e trabalho de ofício; sobre a noção de coletivo de trabalho. *Plaisir et souffrance dans le travail. Séminaire Interdisciplinaire de Psychopathologie du travail*. Paris: AOCIP, 1987. Tome 1. p. 43-49.
 22. Daune-Richard AM. Qualificações e representações sociais. In: Hirata H, Marani, organizadores. *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Editora SENAC, 2003. p. 65-76
 23. Dejours C. In: Lancman S, Snelwar, LI, organizadores. *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: paralelo 15, 2004.
 24. _____. O fator humano. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.
 25. _____. Analyse Psychodynamique des situations de travail et sociologie du langage. In: *Paroles au travail, L'Harmattan, Collection Langage & Travail*, 1995.
 26. _____, Jayet C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: Dejours C; Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

27. _____. Cooperação et construction de l'identité en situation de travail. *Futur antérieur*, n. 16, 1993/2, p. 41-52. Disponível em <<http://multitudes.samizdat.net/Cooperation-et-construction-de-l.html> > (acessado em 02 jan 2007)
28. _____. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 14, n. 54, abr./ maio/ jun. 1986.
29. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (3), 2005. 615-626
30. Durrive L. Caixa de ferramentas – O fio condutor do animador. In: I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho. NEICT/ CT/ Universidade Federal Fluminense. Niterói/ Rio de Janeiro, 2001.
31. Estryn-Behar M, Caillard JF, Le Nezet O, Charton-Promeyrat C, Heurteux P, Ben-Brik PE, cols. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT Partie 1 Janvier 2004. Disponível em www.presst-next.com (acessado em 02/01/06)
32. Faïta D. Falar do trabalho, trabalhar a fala. In: Faïta D. *Análise Dialógica da Atividade Profissional*. Rio de Janeiro, 2005.
33. Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade* v.14, n.3, set-dez 2005. p.111-118
34. Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 julho-agosto; 11(4):444-52.
35. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3):469-76.
36. Guazina L. Sons, silenciamentos, poder e subjetivação no hospital: a Musicoterapia na Saúde do Trabalhador, [dissertação de mestrado] Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional/ UFRS. Porto Alegre, 2006. 159 p.
37. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Durrafoug J *et al.* *Compreender o Trabalho para Transformá-lo. A Prática da Ergonomia*. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda., 2001.
38. Hirata H. Tecnologia, qualificação e divisão sexual do trabalho. In: *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. p 197-219.

39. Kergoat D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Lopes M-J, Meyer D, Waldow V, (orgs.). Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p 19-28.
40. Lamy Filho F. A equipe da UTI neonatal. In: Moreira M, Braga NA, Morsch DS, organizadores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 107-116.
41. Lamy ZC. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 141-156
42. _____. Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações / Neonatal unit: a space of conflicts and negotiations. [Tese de Doutorado]. IFF/ FIOCRUZ. 2000.161 p.
43. _____. Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. [Dissertação de Mestrado]. IFF/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1995. 200 p.
44. _____, Gomes MAM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3): 659-668, 2005.
45. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, 13(2):145-50, 2005.
46. Leplat J, Hoc J-M. Tarea y actividad en el análisis psicológico de situaciones. In: Castillo JJ & Villena J (orgs) *Ergonomia: conceptos y métodos*. Madri: Complutense, 1998. p. 164-177.
47. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev.latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 7, n. 2, p. 33-39, abril 1999.
48. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu* (24), 2005, p.105-125.
49. Maranhão RM. Reforma Psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica. [Tese de doutorado] PUC: Rio de Janeiro, 2004.

50. Matheron G, Michel A. *Activité soignante: éthique et savoirs pertinents*. In : Schwartz Y, organizador. *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. Paris: PUF, 1997.
51. Menziers I. *The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties*. Tavistock Institute of Human relations, 1970. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*. Tradução e adaptação de Rodrigues AM. (mimeografado).
52. Molinier P. *Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar*. 1988-2002. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, Set./Dez. 2004. p. 014-026.
53. _____, Welzer-Lang D. *Féminilité, masculinité, virilité*. In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D,(orgs.) *Dictionnaire critique du féminisme* p. 71-76. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.
54. Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
55. Moreira MCN, *Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade*. *Rev.latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, janeiro 1999. p. 55-65
56. Noriega M, Gutiérrez G, Méndez I, Pulido M. *Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales* *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (5):1361-1372, 2004.
57. Nouroudine A. *Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente*. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, organizadores. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 37-62
58. Oddone I, Re A, Brianti G, et al. *Redécouvrir l'expérience ouvrière*. Paris: Eds. Sociales, 1981.
59. _____, Marri G, Glória S, Briante G, Chiatella M, Re A. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Editora Hucitec: 1986.
60. Osório da Silva C. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde [Tese de Doutorado]* Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2002.
61. _____. *Curar Adoecendo - um estudo em busca da saúde, da inventividade e da vida [Dissertação de Mestrado]* Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1994.

62. Pedroso GES, Bouso RS. O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 26, no. 1, 2004, p. 129-134.
63. Pélibart PP. A vertigem por um fio – políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras, 2000.
64. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1991.
65. Ramos ITB, Carneiro M. Prevenção de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal: aspectos relevantes. *Revista Médica Hospital São Vicente de Paula*, 11(26), 2000, p.47-49.
66. Rego MPC. Trabalho Hospitalar e Saúde Mental - O Caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1993.
67. Rossato-Abéde LM, Angelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto risco. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10 (1): 48-54.
68. Salerno MS. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviço. In: Salerno MS, organizador. *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001.
69. Scavone L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.
70. Schwartz Y. Técnicas e competências. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói:Eduff, 2007a.
71. _____. A linguagem em trabalho. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007b.
72. _____. Anexo ao capítulo 5 : A dimensão coletiva do trabalho: as “ ECRP”. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007c.
73. _____. Anexo ao capítulo 7 : Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007d.
74. _____. Globalização e Modelos de Competências nas Instituições de Saúde. Os Ingredientes da Competência. Painel apresentado durante o XI Congresso Mundial de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

75. _____. Actividade. In: Revista Plur(e)al ISSN Nº 1646-3277 v.1, n. 1, dez/ 2005a . Disponível em <http://plureal.up.pt/dicionario/> (acessado em 07/01/06)
76. _____. Intervenir dans la vie des autres. In: Caleidoscópio maio/ ago 2005b, v.3, n.2, p. 88-96.
77. _____. Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão. (trabalho apresentado em congresso - mesa redonda) ABRASCO, Florianópolis, 2005 c.
78. _____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo, M.; Athayde, M., Brito, J. & Alvarez, D. (orgs.). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 23-33.
79. _____. O Trabalho numa perspectiva filosófica. Trabalho apresentado no Seminário de Educação, Cuiabá, 2003.
80. _____. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA-E-SILVA, M. C. & FAÍTA, D. (orgs.) Linguagem e Trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez, 2002. p.109 – 126.
81. _____. Trabalho e uso de si. In: Pro-posições. Faculdade de Educação da UNICAMP, no. 32, 2000a.
82. _____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Trabalho & Educação, Belo Horizonte, n.7, p.38-46, 2000b.
83. _____. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ. Soc.* [online], vol. 19, no. 65 [citado 2006-12-03], 1998. p.101-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0101-7330>
84. Scochi CGS, Angerami ELS, Rocha SMM, Lima RAG. A organização do trabalho na assistência ao recém-nascido em berçários da regional de Ribeirão Preto – SP. Brasil – 1992. In: Rev. Latino-am. Enfermagem, 5(1): 27-36; jan. 1997.
85. Seifert AM, Messing K. Écouter et voir dans un monde technique : Effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. *Pistes* [online], vol. 6, no. 1, 2004. Disponível em <http://www.pistes.uqam.ca/v6n1/pdf/v6n1a3>
86. Sznalwar L, Uchida S. Ser Auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 087-098, 2004.
87. Telles ALC. A Ergonomia na Concepção e Implantação de Sistemas Digitais de Controle Distribuído: Algumas Considerações a partir de um estudo de Caso na

- Fábrica Carioca de Catalisadores. [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro. COPPE/ UFRJ, 1995.
88. Thiollent M.(org.). *Crítica metodológica, inovação social e enquête operária*. São Paulo: Polis, 1982.
89. Vieira SB, Seligmann-Silva E, Athayde M. Dimensões ocultadas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes na relação de serviço. In: Araújo A, Alberto MV, Neves MY, Athayde M, organizadores. *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
90. Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS, organizador. *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001a.
91. _____. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS, organizador. *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001b.
92. _____. *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001c.

ANEXO

Nome do Hospital Serviço de Enfermagem das Unidades Neonatais Atribuição da Equipe de Enfermagem do Berçário – 4º andar

Cargo funcional: Auxiliar de Enfermagem

- Assumir setor às 7h/19h, tomando ciência das ocorrências na passagem do plantão e saber o quantitativo de Rns que ficarão sob sua responsabilidade e cuidados de enfermagem;
 - Uma vez que determinado pelo Enfermeiro responsável do plantão, o setor e o quantitativo de Rns sob sua responsabilidade, deverá ter início às atividades diárias;
 - Pesagem dos Rns, seguido técnica correta e desinfecção prévia da balança entre um e outro Rn;
 - Cuidados Iniciais de Enfermagem:
 - Atenção ao acesso venoso pérvio + fixação (infiltrações) e assistência ventilatória (oxyhood, cpap nasal e prótese ventilatória);
 - Verificação dos sinais vitais (F.C /F.R /TEMP e registro da Sat O2);
 - Observar e corrigir; se necessário, zona termonêutra na incubadora;
 - Aspiração das VAS superiores, se necessário;
 - Realizar higiene corporal (peso x banho) e oral;
 - Realizar glicemia capilar, se necessário;
 - Troca da sonda gástrica (técnica correta e inspeção do resíduo);
 - Troca dos eletrodos e sensores (alternar membros);
 - Posturar Rn adequadamente no leito;
 - Dieta por gavagem/ copinho conforme prescrição.
 - **Para controles das INFECCÕES NEONATAIS, lavagem correta das mãos, antes e após os procedimentos e manuseio em mobiliários;**
 - Checagem e registro nas folhas de Balanço Hídrico:
 - Verificação dos sinais vitais;
 - Parâmetro de ventilação mecânica e oxigenoterapia (Hood ou CPAP);
 - Registro da Saturação de O₂;
 - Volume das soluções para infusão parenteral (Hidratação Venosa, Npt, hemocomponentes e medicações infundidas);
 - Quantidade e aspecto: aspirações, resíduo gástrico e eliminações;
 - Haemogluco-test ou Destroxtix (quando necessário);
 - Fechamento do Balanço Hídrico (cálculos).
 - Desinfecção concorrente das incubadoras após cuidados gerais;
 - Evolução da assistência prestada e **assinatura com letra legível** e anotações de intercorrências com o Rn durante o plantão (atenção: Deverá ser anotado na evolução todos os procedimentos realizados no Rn, inclusive a **quantidade de punções venosas**).
- *Cuidados na admissão do Rn na unidade:*
- Manter unidade de internação (incubadora) **sempre aquecida** antes de receber o Rn;
 - Manter Kit individual, sondas de aspiração, fralda, água destilada etc para uso imediato;
 - Manter unidade montada para aspiração/ suporte ventilatório funcionantes;
 - Manter unidade com monitor/ oxímetro sempre que possível;

- No recebimento: auxiliar na montagem da assistência ventilatória (respirador, Hood ou Cpap), cuidados gerais (higiene, sinais vitais, sondagem gástrica, preparo da soroterapia etc) e registros com letra legível em folha de Balanço hídrico e evolução da admissão.

Transporte do Rn para outra unidade, a incubadora de transporte deverá estar aquecida, maleta de transporte completa, oxímetro e bomba infusora funcionantes, Rn bem posturado e em jejum se necessário.

-Cuidados na terapia parenteral e enteral:

- Preparo das soluções para hidratação venosa com técnica asséptica, mantendo bancada limpa e organizada;
- Troca do sistema de infusão (equipo comum, perfusor, duplo “y” e three-way) conforme CCIH legal;
- Desinfecção das torneiras e duplo Y com álcool 70% (03 fricções) antes e após manipulação do acesso venoso;
- **ATENÇÃO >Vigilância permanente e manutenção dos acessos periféricos e principalmente os acessos profundos (Dissecções/ PICC/ Cateterismo Umbilical), qualquer alteração informar ao Enfermeiro de plantão e registrar. Não perfurar o cateter para infusão de medicações / soluções. Manter fixação adequada.**
- Realizar técnica de punção venosa com segurança, usando medidas de conforto (sucção não-nutritiva), solicitar ajuda do Enfermeiro de plantão quando esgotadas as tentativas;
- Administração de medicamentos por via endovenosa e oral, somente após checagem correta da prescrição (03 vezes), seguindo **os 05 passos:** Rn correto, medicação correta, dose correta, via correta e horário correto;
- Atentar para administração dos medicamentos/ hemocomponentes/ NPT: tempo de infusão, volume, diluição, gotejamento, incompatibilidades e iatrogenias;
- Checagem e registro em folha de balanço hídrico, dos volumes administrados (NPT, solução Hidro-eletrolítica, hemocomponentes, antibióticos e outros medicamentos). Anotar quando houver impossibilidade de infusão da solução/ medicamento.

- Cuidados na Assistência Ventilatória

- Tipo de assistência ventilatória: respirador, Hood e Cpap;
- Atentar e conferir os valores nos fluxômetros de O₂ e Ar comprimido;
- Postura no leito x melhora do padrão respiratório;
- Necessidade de aspiração (quando/ como/quem aspira),
- Auxiliar ao Enfermeiro na aspiração do TOT;
- Anotação das aspirações em folha de balanço hídrico (quantidade/aspecto)
- Anotação da Saturação de O₂ antes e após procedimento, quando Rn compensado;
- Manter sistema de aquecimento do Hood/ Cpap funcionantes e com nível adequado de água no sistema (Não completar o volume).

-Cuidados na Assistência do Rn em Fototerapia

-Cuidados na Assistência do Rn em Gavagem

- Manter Rn bem posicionado (Cabeceira elevada e decúbito ventral)

- Antes da dieta: troca de fraldas (não deverá ser elevado membros em direção ao tronco e sim laterizar o Rn);
- Realizar aspiração de VAS ou TOT;
- Conferir prescrição: nome da mãe, volume, tipo de leite;
- Realizar técnica do resíduo corretamente;
- Troca de sonda orogástrica de numeração adequada ao Rn;
- Mensurar o tamanho da sonda corretamente;
- Realizar fixação adequada, com colocação MICROPORE na face do Rn;
- Troca da seringa para administração da dieta a cada horário;
- Administração da dieta por gravidade ou copinho adequadamente (Postura do Rn é fundamental);
- Registro em folha de balanço hídrico (RG/ VOLUME/ HORÁRIO)

-Cuidados na Assistência Humanizada⁹⁹

⁹⁹ Segundo a chefia que nos forneceu esta “rotina”, o conteúdo destes tópicos (“Cuidados na Assistência do Rn em Fototerapia” e “Cuidados na Assistência Humanizada”) ainda não foi elaborado pela equipe de enfermeiros.

APÊNDICE I

“Roteiro mental” das visitas: algumas questões que foram se repetindo, não propositalmente, ao conversarmos com as auxiliares.

- Há quanto tempo trabalha aqui na Unidade Neonatal?
- Há quanto tempo trabalha com neonatologia?
- Trabalha ou já trabalhou com adultos/ outra área da enfermagem?
- Trabalha atualmente em outro serviço?
- Faz dupla jornada (DJ)?
- Como está o plantão hoje?
- Gosta do trabalho/ de trabalhar ali?
- O que mais gosta e o que menos gosta do trabalho ali?
- Por que trabalha em plantão noturno (específica para auxiliares do turno da noite)?
- Está responsável por quantos bebês hoje?
- Tem preferência entre UTI, UI e UBR? Por quê?
- Fale um pouco sobre a sua trajetória para se tornar auxiliar de enfermagem.
- Gostaria/ teria interesse de participar do grupo de discussão a ser formado?

APÊNDICE II

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto “O trabalho de cuidado dos auxiliares de enfermagem de uma UTI Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade”. Esta pesquisa tem como objetivo geral: conhecer a atividade de trabalho dos auxiliares de enfermagem dentro de uma UTI neonatal, procurando compreender como a mobilização afetiva empreendida por estes trabalhadores faz parte de suas atividades e como esta se relaciona com a saúde destes profissionais (verificando se o caráter afetivo do trabalho com os bebês internados é nocivo ou não para a saúde e o que se pode fazer para transformar essa nocividade). A pesquisa também visa contribuir para o debate sobre a atividade dos auxiliares, colocando em foco os saberes e competências utilizados por eles no seu cotidiano de trabalho, com o objetivo de ampliar as possibilidades de desenvolver uma atividade mais prazerosa e cheia de sentido. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Este projeto está sendo desenvolvido na forma de uma dissertação de mestrado em Saúde Pública pela ENSP/ FIOCRUZ e deverá ser realizado em duas fases. Na primeira, faremos observações da atividade de trabalho na UTI neonatal e realizaremos diálogos informais com diversos trabalhadores da UTI para conhecermos melhor o trabalho ali realizado e a própria dinâmica de funcionamento da unidade. Em seguida, organizaremos grupos de discussão sobre o trabalho, dos quais participarão voluntariamente auxiliares de enfermagem dessa mesma UTI. Esperamos que estes métodos forneçam dados sobre como se dá a relação entre a atividade de trabalho destes profissionais e os processos de saúde-doença daí resultantes.

Para a análise dos resultados, serão utilizadas as seguintes fontes: documentos relativos à prescrição do trabalho dos auxiliares de enfermagem da UTI neonatal; dados das observações e dos diálogos informais com estes trabalhadores e materiais dos grupos de debates sobre o trabalho.

Esclarecemos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes será garantido em todas as suas formas de divulgação. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa. Os benefícios do projeto ocorrerão de forma indireta, pois este deverá possibilitar a construção de um espaço de reflexão coletiva sobre a atividade dos auxiliares, que contribua para o desenvolvimento de um trabalho que tenha cada vez mais em consonância a qualidade da assistência realizada e a saúde dos profissionais que a realizam.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones e o endereço eletrônico da pesquisadora e da orientadora do projeto, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Letícia Pessoa Masson (Pesquisadora)

Declaro que entendi os objetivos deste projeto e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE III

Organização de um grupo para a participação dos “**ENCONTROS SOBRE O TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO BERÇÁRIO**”

Estes encontros farão parte da segunda etapa de uma pesquisa de mestrado sobre a *relação entre o trabalho de cuidado e a saúde dos auxiliares de enfermagem*.

Será um espaço de discussão sobre o trabalho dos auxiliares a partir das observações e conversas realizadas durante as visitas ao berçário, realizadas nos meses de maio e junho deste ano.

No primeiro dia (pré-encontro) serão apresentados os temas dos encontros seguintes e ouvidas propostas/ sugestões trazidas pelos auxiliares. Em seguida, haverá mais quatro ou cinco encontros para o debate dos temas. Estes deverão acontecer de meados de **julho** a meados de **setembro** de 2006.

Os grupos serão realizados quinzenalmente no horário de 14h às 15 h ou de 16h às 17h, conforme preferência dos participantes.

IMPORTANTE: Infelizmente, teremos a necessidade de realizar os encontros apenas com pessoas de um dos plantões. Assim, estaremos deixando aqui, **até o dia 12 de julho (próxima quarta-feira)** um espaço para as pessoas interessadas em participar colocarem seus nomes.

O grupo será escolhido a partir dos seguintes critérios:

- Maior número de pessoas interessadas;
- Presença de profissionais que sejam dos plantões noturnos (como aquelas que fazem “dupla jornada” de dia e são do plantão da noite).

Atenciosamente,
Letícia e Pérola

APÊNDICE IV

PRÉ- ENCONTRO

(APRESENTAÇÃO DA PESQUISA A SER REALIZADA SOBRE O TRABALHO DAS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO BERÇÁRIO)

Data: 4 de agosto de 2006 (sexta-feira)

Horário: de 14h às 15h

Local: sala de reuniões da neonatologia no quarto andar

Os *encontros sobre o trabalho* serão realizados nos dias de plantão do grupo da supervisora Rita, das 14h às 15h, entre os meses de agosto e setembro de 2006. No entanto, estes estarão **abertos à participação de todos os auxiliares** que desejarem e puderem comparecer, independentemente das datas de seus plantões.

No dia 4 de agosto apresentaremos a pesquisa, o modo de funcionamento dos encontros, os temas a serem discutidos e o cronograma inicial. Aí serão ouvidas propostas e sugestões dos auxiliares sobre os temas que desejam debater, o modo de funcionamento dos grupos e sobre o próprio cronograma e horários.

Aguardamos vocês !!!

Até lá,

Letícia e Pérola

APÊNDICE V

ROTEIRO DO ENCONTRO I

- Ler o termo de consentimento e pedir que o assinem;
- Retomada do pré-encontro:

Sobre a forma como se deu a entrada no berçário: como isso foi positivo ou negativo para a formação e para o próprio trabalho. ‘fica lá com aquela criança’

A questão da (não) escolha por trabalhar ali.

Pra trabalhar ali tem que gostar? Isso é aprendido?

A experiência (“tempo de casa”) traz uma **tranqüilidade**, inclusive a lidar com o próprio sofrimento do bebê, com as suas necessidades.

“Treinamento” de auxiliar pra auxiliar (sombra): a questão do “nosso jeito de auxiliar”

Um “profissionalismo de fazer sempre o melhor” (patrimônio) a gente é muito é brigona, no bom sentido. “a gente sabe como trabalhar, mas cadê as condições?”

Admiração de um trabalho bem feito e vontade de seguir aquele modelo.

Identificamos no trabalho das auxiliares alguns elementos “formadores” e mobilizados/ utilizados para a realização do trabalho. São estes:

1. Um **aprendizado formal** (conceitual): ligado aos cursos de formação de auxiliar, e técnico e, em alguns casos, universitária, além de cursos (esporádicos) de treinamento no próprio local de trabalho. Acreditamos que esse tipo de formação seja fundamental para a realização de um trabalho, mesmo que ela não se caracterize como a principal em determinado caso. Assim, entendemos que as lacunas (pouca qualidade, distância em relação à prática etc.) neste tipo de formação podem ser bastante prejudiciais para a realização do trabalho.
 2. Um **aprendizado informal** (em situação de trabalho): aquele que se dá durante a própria realização do trabalho, seja a partir da observação de como as colegas mais experientes fazem (como o treinamento de “sombra”), seja a partir de situações vivenciadas individualmente ou em conjunto com colegas e profissionais de outras áreas (médicos, enfermeiras, T.O., fonos, fisioterapeutas). Esta modalidade de formação é, na nossa avaliação, a que tem maior importância e utilização neste tipo de trabalho mas, não deve ser vista como a única necessária.
 3. Um **aprendizado oriundo da história de vida** (fora do trabalho): conhecimentos (sobretudo práticos) que são mobilizados para a realização do trabalho no setor neonatal, como, por exemplo: a experiência da maternidade/ paternidade; experiências em outros empregos.
- O primeiro tipo de formação está ligado ao conceito de “qualificação”, enquanto todos os três são ingredientes do que chamamos de “competência”. Apenas a competência para se realizar um determinado trabalho garante que ele possa ser feito de modo eficiente. Não basta se ter a qualificação para realizá-lo, mas sim poder desenvolver as competências necessárias ao seu melhor desenvolvimento.
 - Acreditamos que esteja se constituindo um certo patrimônio de experiências no trabalho das auxiliares de enfermagem e que vem se construindo principalmente de maneira informal (saberes da prática, regras de ofício), estreitamente ligado às situações concretas de trabalho, e é construído e transmitido adiante pelo coletivo de trabalhadoras. Assim, a “profissão” de auxiliar de enfermagem vem sendo construída, diferenciando-se (em regras, normas, ações concretas) do trabalho dos enfermeiros. Acreditamos que esse patrimônio precisa ser resguardado (visibilizado, valorizado através da busca de construção de um meio mais propício ao seu desenvolvimento), mas também, mexido e usado da melhor forma possível.
 - Pelo que percebemos, a dimensão afetiva do trabalho (as formas de lidar com o sofrimento do bebê, dos familiares e com os próprios sentimentos que vêm à tona neste

trabalho) e a saúde de quem trabalha (formas de se proteger contra os riscos a saúde, como: a fadiga, o ritmo acelerado de trabalho, o envolvimento emocional, etc.) são questões para as quais não se é preparado nas formações formais (ali parece que elas não seriam nem mesmo tocadas), mas sim, pelo aprendizado do patrimônio construído pelo coletivo de trabalhadoras. Por isso, entendemos que as formas de lidar com essas situações são pouco visíveis e precisam ser discutidas.

➤ Abrir para a discussão, a partir das seguintes questões (e sub-questões/ “cartas na manga”) e frases:

1. O que acham da nossa avaliação?

1.1 Que competências são necessárias para realização do trabalho de cuidado com os bebês? Há competências “afetivas”?

“para *escolher* não pode ser *auxiliar* [de enfermagem]”

“é legal pra caramba, mas *tem que gostar*.”

(1.2 A experiência dos mais antigos na função é aproveitada pelos mais novos? Como?)

2. O que, no tipo de formação que tiveram (e que promovem às que chegam), favorece e o que não favorece à saúde e à dimensão afetiva no trabalho?

2.1 Como se dá o processo de aprendizagem desses saberes-fazer? Como se dá o processo de formação em geral (seja ela formal ou não)? Como acham que deveria ser?

“Acho também que *a pessoa só aprende mesmo quando faz sozinha*, não adianta ficar atrás de ninguém, tem que fazer.”

“*Vai olhando e vai aprendendo*, li muito, observei os mais experientes e fiz o curso oferecido pelo hospital”.

2.2 O quanto o plantão (já que estamos conversando com auxiliares de um mesmo plantão) é formador? O quanto ele protege o ofício? E a que custo?

“[as pessoas não querem vir para este plantão] porque a gente é chata, a gente cobra”

(2.3 O fato de algumas auxiliares estarem cursando ou terem cursado o nível universitário contribui para a atividade, atrapalha ou depende? O que muda com o fato de ter se tornado enfermeira (universitária) e continuar no cargo funcional de auxiliar?)

2.3 Qual papel de ter tido filho? Essa experiência de maternidade tem algum efeito para o exercício do trabalho (especialmente em relação à afetividade e à saúde)?

“desde que fui mãe *me coloco mais no lugar delas* [das mães dos bebês]”

- Marcar próxima data e confirmar próximo tema (“diferentes equipes de trabalho”)

APÊNDICE VI

ROTEIRO DO ENCONTRO II

(Diferentes equipes de trabalho/ Relações entre os diferentes atores)

“Na fonte da eficácia no trabalho encontram-se coletivos de contornos variáveis”
(Schwartz, Trab. & Ergologia, anexo cap. 5)

Assim, entendemos que para realizarem um bom trabalho, ou seja, um trabalho eficaz, vocês acabam estabelecendo relações com os diversos profissionais, tanto os colegas de mesma função quanto com os de outras funções e mesmo setores diferentes (setor encarregado da lavagem das roupas, do material, farmácia, da sala de parto, entre outros). Além dos familiares dos bebês que também podem contribuir para a efetivação de um bom trabalho. Um exemplo dado por vocês foi o do combate à infecção hospitalar, o qual só funciona realmente com o esforço e a cooperação de todos, não pode depender de um ou outro (promoção de “bens comuns”). É um “trabalho de todos”.

“Uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as da atividade, num dado momento”

As equipes, no seu funcionamento real, são necessariamente diferentes do que está previsto nos organogramas prescritos, nas pré-definições de funções e de responsabilidades e se organizam a partir de objetivos (de eficácia) e preocupações comuns (fora das prescrições). Essas “equipes” não podem ser definidas a priori, de fora, elas se constituem a partir de uma história própria, a partir do que a atividade de trabalho apresenta como necessidade num determinado momento. Portanto, podem mudar de acordo com as diferentes situações vividas no trabalho e de acordo com as diferentes pessoas presentes nas situações (ex: relação com as mães dos bebês num plantão em que se fique no UBR é diferente de um na UTI; plantão noturno# plantão diurno; o trabalho em equipe para o combate à infecção hospitalar acontece diferente em situações em que já estão havendo disseminações entre os bebês?).

“Uma ECRP é identificável no funcionamento real das pessoas, que tecem laços ao trabalhar”.

“Uma ECRP é como uma sinfonia sem maestro”

“Em parte é na ECRP que se aloja a eficácia coletiva no trabalho, como também os valores socialmente partilhados” (ex: cooperação entre as auxiliares- compartilhamento que faz com que não se precise falar claramente para que o outro entenda – comunidade de valores, que faz com que as trocas não tenham que ser negociadas a todo momento; “fazer o melhor” para o paciente e a família)

Não é a um organograma que se deve a eficácia de um coletivo.

Apresentar seis pontos de discussão (relações) seguidos de falas (+ ou- 5 min para cada ponto). Ressaltar que estas relações não são estanques, que também se dão em interseções (“relações de relações”).

1 Relação entre as próprias auxiliares

“A gente sabe como fazer funcionar as coisas aqui, a gente sabe como fazer pra dar certo”

“Ao mesmo tempo em que a gente é amiga a gente exige muito uma da outra”

“mesmo quando tem muito trabalho a gente ri, se diverte, uma ajuda à outra”

2 Relação com os médicos

“o médico quer meter o pau na gente”

3 Relação com as enfermeiras

“Eu até converso com a enfermeira se ela me bota lá”

4 Relação com as mães/ familiares

“[as mães] parecem vizinhas fofoqueiras”

“Na UI você tem a oportunidade e tempo de trabalhar com a mãe, na UTI não dá tempo, é muita técnica”

5 Relação com os bebês

“Até parece que a gente é mãe”

“para de bobice, para de ridiculice”

“Mesmo que a gente fure a criança várias vezes, depois a gente pega ela no colo, faz um chamego e elas aceitam”

“criança não reage, não responde como adulto..., a gente acha que aquilo é melhor pra ela, faz e pronto”

“não entrei em detalhes porque senão quem fica doída sou eu. Tem que manter certa frieza para não levar para casa”

6 Relação com a hierarquia

“se a gente faz 99% das coisas muito bem feitas, é o 1% errado que é lembrado. Chamar a atenção é comum, elogiar é raríssimo”

APÊNDICE VII

ROTEIRO DO ENCONTRO III (O.T.)

- OT prescrita e OT real (as regulações dos trabalhadores, a construção de práticas coletivas que melhoram a OT)

“Por **organização do trabalho** designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.” (Dejours, 1992, p.25)

Seqüência (condições sociais e comunicacionais da cooperação): **regras de trabalho – visibilidade da prática do trabalho – confiança- cooperação** (com vistas a se obter um reconhecimento).

Regras de trabalho (sempre instáveis): não se limitam aos ajustes nos procedimentos de ordem técnica, mas também definem e organizam todas as relações entre os trabalhadores de uma equipe. Temas como: solidariedade, respeito entre as pessoas, valores do trabalho, lugar da vida privada no trabalho, a personalidade e a história singular de um ou outro, questões de ideologia. A construção de regras de trabalho implica a efetivação de uma dimensão coletiva e de um espaço específico de discussão (que não se enquadra institucionalmente: ocasiões informais como o cafezinho, festinhas, pausas para repouso etc.) (*Idem*, p. 256-257)

“Limitar-se à execução das determinações – sabendo que levariam a um trabalho de má qualidade – traz o medo – a segurança, sem dúvida, é função da boa qualidade do trabalho -, mas atinge também a identidade singular, uma vez que a má **qualidade do trabalho** remete o sujeito a uma experiência de práticas profissionais sem sentido, a uma vivência de absurdos. A qualidade do trabalho é uma condição de prazer no trabalho, mais ainda: uma condição para a saúde mental e a identidade singular dos agentes. Ao considerar as questões organizacionais evocadas, essa qualidade do trabalho passa por uma **construção coletiva da organização do trabalho**, dependendo assim de uma cooperação” (Dejours, 2004, p.268).

“A **técnica** deve o seu desenvolvimento, em boa parte, à *prática* coletiva dos trabalhadores e a seu poder de inovação em matéria de organização do trabalho, de regulação, de transformação, de **melhoria da organização do trabalho** ou dos próprios objetos técnicos”. (*Idem*, p. 262)

“A **cooperação** supõe concordância com as regras de trabalho comuns ao conjunto dos agentes. Mas essa concordância não é suficiente. É necessário ainda que sejam reunidas as condições que permitam a essas regras acenderem a uma efetividade social”. (*Idem*, p.268). Cooperação somente possível a partir de uma confiança que se instaura, primeiramente, através de uma “visibilidade das diferentes maneiras de trabalhar” (*Idem*, p.269).

A partir das falas, colocar em debate:

a. relação de serviço: para colaborar, precisa participar das regras; As mães precisam ser treinadas

Relação de serviço: “modalidades de interconexão entre os prestadores de serviço e os clientes a propósito da resolução do problema pelo qual o cliente se dirige ao prestador” (Salermo, 2001, p. 17). **Co-produção** entre prestador e prestatário: o controle conjunto de operações, a emergência do usuário como ator pertinente na gestão de muitas atividades e serviços (*idem, ibidem*). No cerne das inovações trazidas pela reestruturação produtiva em curso, há um aumento da importância da relação de serviço em todo o tecido econômico (*idem*, p. 18). As mães como co-operadoras da relação de serviço: não há uma definição precisa do seu papel, nem o apoio para que exerçam as atividades de forma profícua. Seria necessário que fossem treinadas a estar ali naquele local de trabalho e a realizar sua produção em conjunto com a equipe de saúde. Pois *o usuário não treinado perturba*.

Geram uma sobrecarga no trabalho da enfermagem por demandarem um treinamento que, no entanto, não é considerado no tempo de trabalho das auxiliares.

“eu achava que a mãe teria que ser orientada de que tem que fazer de tudo lá em cima”.

b. a questão do reconhecimento no plantão da noite e no caso da Luiza: Dejours, 2004 (re)conhecimento, no sentido duplo (o inverso da negação da realidade e a gratidão). Julgamentos (dizem respeito ao trabalho e a seus resultados, não são julgamentos sobre os sujeitos): - de utilidade (das contribuições singulares e coletivas dos sujeitos na elaboração da O.T.; eficiência do trabalho): é lançado pela hierarquia; - de beleza (reconhecimento do esmero do trabalho do sujeito, conformidade com as regras da arte (do coletivo, comunidade) e da originalidade, engenhosidade: diferenciação no coletivo) : é feito pelos pares (aqueles que conhecem a execução do trabalho)

“Nunca ninguém me chamou ali dentro pra me elogiar (...) por quê que eu vou em todos os setores? será que eu to ruim ou será que eu to boa? (...) porque cada dia eu to num lugar, eu quero saber, ou eu não sirvo pra nenhum ou eu sirvo pra todos”. (não tem uma avaliação)

c. Gestão do trabalho e transgressões

- *“na prática, não é isso o que acontece”* [sobre as recomendações de humanização]
- *“isso aqui tá errado, mas a gente faz”*
- *“se a gente não fizer isso, alguns choram a noite inteira”.*
- *“é, tem os macetes...”*

d. Momentos de pausa

- *“[na UI se] pode voar mais, né..., aqui [na UTI] a tensão já é dobrada”*

e. Regras do trabalho

- *“eu acho que ela estar te corrigindo, é uma certa exigência, mas que não tem nada demais...”* (trata-se de uma exigência não em relação à colega, mas em relação às regras do trabalho, ao ofício, à ética profissional. Um “exigir” no sentido positivo.)
- *“nós mesmas descobrimos isso”* [sobre o trabalho em dupla no plantão noturno]
- *“nós temos autonomia pra chegar e assumir as crianças que tiver, conforme vai chegando...”*
- *“a gente sempre deixa o número maior [de bebês] pra quem chega por último”*

Procurar saber como elas avaliam que a medicação feita à noite vem ruim (“aquelas diluições doidas”). Como elas sabem disso? (Iracema)

Aprofundar a discussão sobre a falta de treinamento para estar no material e para a infecção hospitalar seria interessante.

APÊNDICE VIII

ROTEIRO DO ENCONTRO IV – Condições de trabalho

Tarefa

Um *objetivo dado* (o que se deve realizar, o estado final a que se pretende chegar) em *condições determinadas* (definidas a partir dos estados que se quer alcançar; a partir das operações que se deve realizar para alcançar os objetivos e dos procedimentos para fazer as operações). Assim as condições do trabalho envolvem o que é dado ao trabalhador (ou o que ajuda, falta ou atrapalha) para a realização de sua atividade, são os meios dados para a realização de um trabalho.

Atividade

O que o sujeito põe em jogo para executar as prescrições, para cumprir suas obrigações.

Pontos para iniciar a discussão:

- **colaboração/ articulação com as mães** como condição do trabalho (ponto que prejudica ou facilita o trabalho, questão dada);

“agora mesmo, no canguru, teve uma mãe lá que eu não consegui fazer com que ela desse banho no filho dela”

“se eu dou o primeiro o [medicamento] dela, pode ser que o dela seja meio-dia, mas o próximo não vai ser mais, não tem condições de ser em ponto, todo mundo”.

“quando elas ficam muito tempo aqui começam a se sentir donas da casa”

“fica falando como se fosse colega, né, fica uma falação, né?! Eu sou funcionário, você é mãe, tem uma separação!”

- **treinamento**: como indicador do *modo de fazer* o trabalho, como ferramenta para se trabalhar;

“fiquei na medicação quase vinte plantões. Me botou uma vez no material, quer que eu pegue?! não dá não!”

- **relações conflituosas** (relações de incompreensão) com enfermeiras (e médicos): um outro dado que atrapalha a atividade?

A *autonomia* para dividir as crianças entre as auxiliares, por elas próprias e a *não autonomia* para definição do setor que se vai ficar.

- **Conhecimento da prática/ patrimônio/ regras de ofício**, que estão dadas aos novos que chegam, incentivo a seguir um *modelo de se fazer sempre o melhor*. *Exigência* entre as auxiliares em relação às regras de trabalho;

“Quando eu cheguei aqui que eu vi que todo mundo era muito comprometido, são pessoas muito comprometidas com o trabalho mesmo, então a gente se exige esse compromisso, nós cobramos muito de nós mesmas, a perfeição, pra que essas crianças saiam daqui e vão pras suas casas”;

“pelo nosso profissionalismo aqui, a gente tem uma coisa de fazer sempre o melhor”

- **A cooperação entre as auxiliares** (ex: o plantão noturno com as tarefas sendo feitas em dupla ou a ajuda quando uma ou outra precisam).

a. Superlotação combinada com efetivo insuficiente de funcionários

- a questão da superlotação aparece em quase todas as falas sobre o que menos gostam no trabalho.

“a política do HOSPITAL é a de ser como um ‘coração de mãe’, não tem limite de entrada no hospital” (a superlotação gera estresse e piora a qualidade do trabalho).

- “quando a gente tem muita criança, a gente não tem nem como dar atenção, nem mesmo ao bebê que a gente ta cuidando, muito menos à mãe”

- “quando a situação está como hoje, com pouco funcionário, a gente faz o sacrifício de ficar acordada a noite toda, porque não dá pra ninguém vir pra cá [UBR]”

b. A precarização salarial e suas conseqüências (trabalho considerado simples e “de natureza repetitiva”, mas que, na prática, se mostra complexo)

- “A gente sempre tem que trabalhar em dois [empregos] porque o nosso salário é muito ruim”

c. Questão da sobrecarga de trabalho invisibilizada

- “a gente tenta fazer a humanização da maneira que dá, né.”
- “mesmo que você tenha que pegar peso, em um CTI de adulto, você vai ter dez leitos, veja quantos leitos tem aqui!” (só conseguem sentar na hora do almoço; maior atenção necessária aos bebês)
- “O auxiliar de enfermagem não é só auxiliar de enfermagem no cuidado **com a criança**, a gente faz terapia com a mãe, a gente é psicóloga, a gente é n coisas, serviço social... é tudo”.
- “Esse é um trabalho com uma grande sobrecarga emocional”
- Os principais motivos das licenças, segundo a enfermeira chefe do berçário, são: problemas na coluna e hipertensão (os mais comuns), maternidade, câncer de tireóide e de mama.
- Uma auxiliar diz que já nem escuta mais o ruído dos aparelhos e incubadoras, de tanto conviver com eles.
- “o trabalho lá [na UTI] é mais estressante”

d. Problemas com os materiais utilizados no trabalho (escassez e/ ou má qualidade) e sua influência na realização do cuidado.

- “Você sabe como trabalhar, mas cadê as condições?”
- Exemplo do lençol doado que escorrega e não prende na cama e escassez de lençol próprio da instituição.
- A balança (onde são pesados diariamente todos os bebês) é super concorrida, e quando chega material de melhor qualidade elas guardam para usar quando for mais necessário.
- “quando vem sonda boa, a gente cata”
- “a gente passou uma hora numa criança e a gente tentando daqui..., então, é ruim, a criança já tava ficando fria, gelada, a mãe andando pra lá, pra cá, entendeu? E a hora passando, chegando o momento da gente fazer outros trabalhos e a gente o tempo todo ali em cima daquela criança mas, por que? Porque a gente tem um jelco péssimo pra se trabalhar, cada dia que passa são mandados materiais de péssima qualidade pra gente (...) isso desestrutura totalmente você, porque um dia de trabalho que você tem às vezes pra tirar como um dia tranqüilo de trabalho, ou seja, não tá havendo parada, não tem ninguém morrendo, não tem nada, você fica com um dia de trabalho estressante, cansativo e por coisas pequenas, que poderiam ter sido resolvidas da melhor forma possível, aí você..., seu lado da saúde fica desestruturado? Fica!”
- Numa manhã, não havia chegado bacias novas (limpas), não havia quantidade suficiente de bacias para darem banho em todos os bebês. Além disso, faltava roupa de cama. Algumas auxiliares fizeram a higiene nos bebês de outra forma, como limpeza com gaze.
- Uma auxiliar, nova no hospital, que também trabalha em um hospital geral da rede municipal de saúde, comenta que ficou impressionada com a boa quantidade de recursos (materiais) que encontrou neste hospital, comparados ao seu outro local de trabalho.

APÊNDICE IX

ROTEIRO DO ENCONTRO V (FECHAMENTO)

1º. Momento (45'): Propor que as auxiliares atuem nesta tarde como planejadoras de seu próprio trabalho, colocando-se numa situação ideal, mas concreta, propositiva. Propor que se imaginem em determinadas situações e digam como achariam que deveria ser diferente. Nós vamos anotando as idéias no quadro ou num papel pardo.

I- Situações com as mães dos bebês:

- uma mãe chegando na UTI pela primeira vez para ver seu filho;
- uma mãe se preparando para ir para a Unidade mãe-canguru;
- uma mãe se preparando para levar o filho para casa (seja na UBR ou na UCanguru).

Que condições poderiam ser modificadas para essas situações serem facilitadas?

O que gostariam que existisse que fosse diferente?

E se o espaço físico fosse diferente?

E se houvesse um treinamento específico para as mães?

Qual deveria ser a função da mãe ali?

- Alternativa: fórum (um grupo defende e outro apóia as mães, contabilizamos os argumentos)

II - Condições de trabalho:

- O que mudariam primeiro? O que fazer pra mudar?
- e o tipo de treinamento oferecido?
- e a questão da superlotação, do hospital ser um “coração de mãe”?
- e os ruídos dos aparelhos?
- e a qualidade/ quantidade dos materiais utilizados com os bebês?
- e a organização do espaço físico?

III- Falta de julgamento/ reconhecimento

O que vocês acham que deveria ser mais bem conhecido/ visível do trabalho de vocês para que fossem dadas melhores condições para a realização do trabalho? O que vocês acham que não é conhecido/ reconhecido como deveria?

- as regras de ofício ligadas à idéia de se fazer sempre o melhor, de se prezar a saúde dos bebês em primeiro lugar, de se acolher mesmo com os problemas decorrentes da superlotação, a busca da perfeição, o esforço coletivo para a não disseminação de infecções, a cooperação entre vocês;
- as invenções positivas para dar conta/ melhorar o trabalho e a saúde dos bebês;

2º. Momento (45'): colagem coletiva num papel pardo, sentadas no chão.

Daremos a elas um papel pardo com a planta do berçário desenhada em pilot e com as divisórias internas delineadas com barbante. Pediremos que redesenhem (ou não) as divisões do espaço e coloquem personagens e figuras impressas coladas no papel da maneira como gostariam que ocorresse, podem também desenhar os personagens e, se quiserem, escrever diálogos.

Fechar dizendo sobre a importância de olhar o próprio trabalho de modo diferente vendo as possibilidades de mudança onde elas não parecem existir e dizer que voltaremos lá, provavelmente em dezembro para discutirmos nossas análises com elas.

APÊNDICE X

LISTA DE SÍMBOLOS UTILIZADOS NA APRESENTAÇÃO DAS FALAS:

(): comentários nossos sobre o modo como se deu a fala ou explicação sobre o contexto;

[]: esclarecimento ou complementação de algum conteúdo implícito, para facilitar a compreensão da fala pelo leitor;

Negrito: palavras faladas com tom de voz mais enfático ou alto dentro do tom de voz da própria pessoa;

Sublinhado: trechos das falas destacados pela análise;

(números entre parênteses): tempo de silêncio;

(...): trecho de falas omitido, seja por estar inaudível, seja devido a um recorte proposto pela análise;

?: pessoa cuja voz não foi identificada no momento da transcrição;

(rs): Risos.

APÊNDICE XI

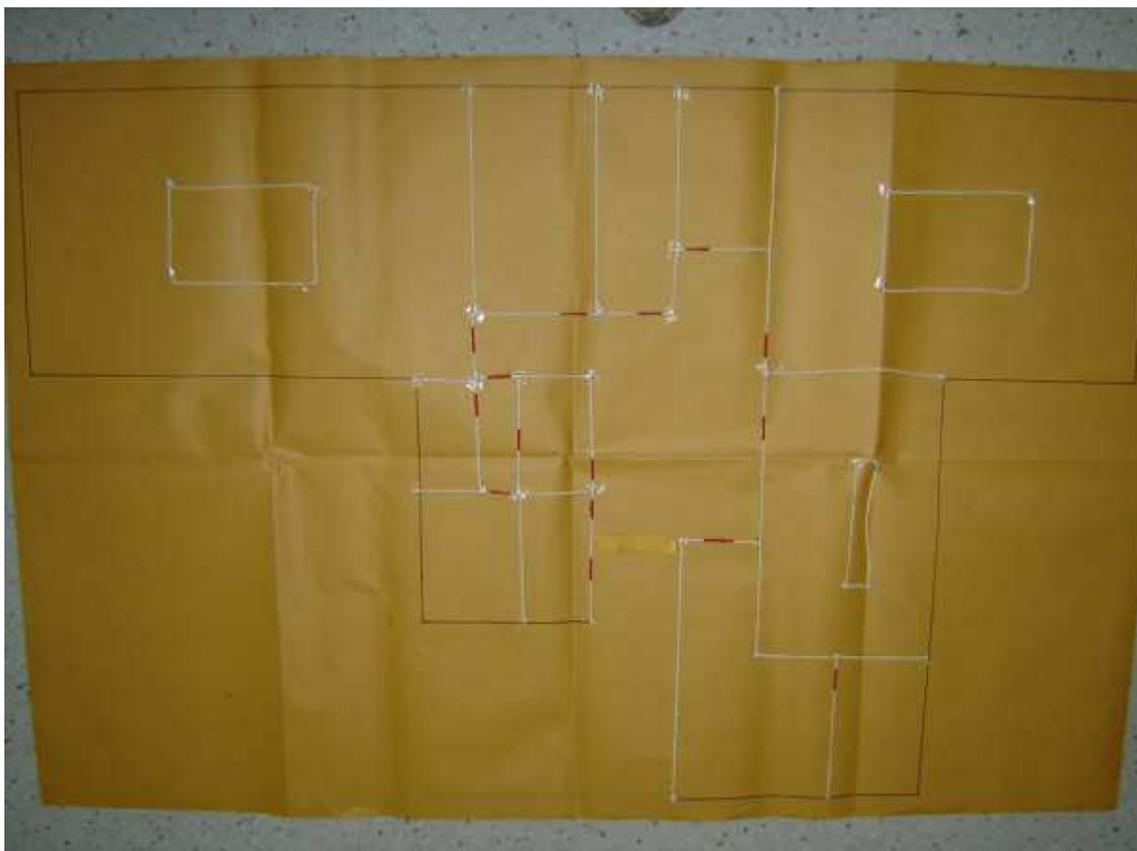


Foto1: Planta do berçário antes da colagem.



Foto 2: Planta do berçário ao final da colagem



Foto 3: O “canto” do descanso, com uma TV na copa



Foto 4: A Unidade de Baixo Risco: o prazer em ver os bebês de alta hospitalar



Foto 5: A família como cliente: objetivo cumprido



Foto 6: A chupeta como regra implícita

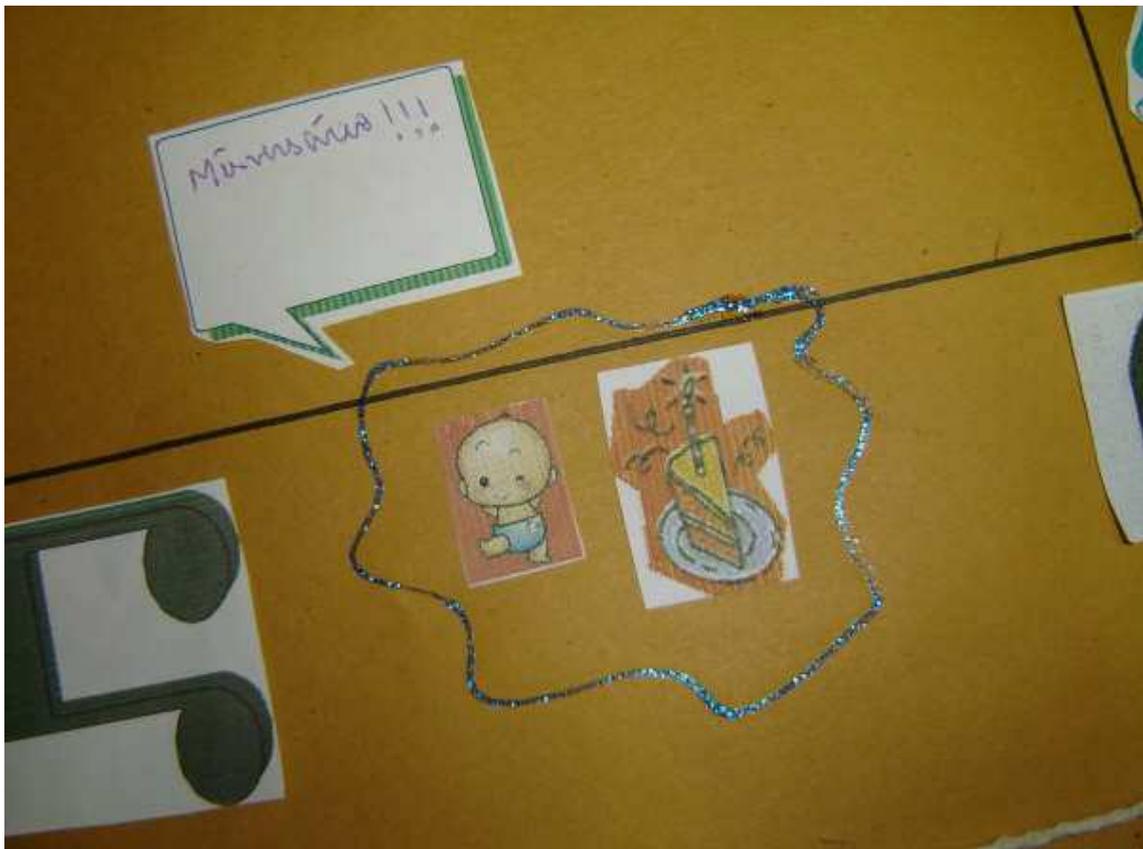


Foto 7: A comemoração do “mesversário”



Foto 8: Recepção das mães na UTI neonatal