

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*O trabalho em situacao limite o labor e a saude dos medicos de uma
UTI neonatal*

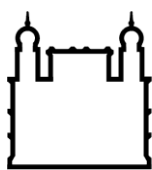
por

Ana Paula Ferreira da Rocha

*Dissertacao apresentada com vistas a obtencao do t tulo de Mestre em
Ciencias na area de Saude Publica.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Liliane Reis Teixeira
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Katia Reis de Souza*

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

*O trabalho em situação limite: o labor e a saúde dos médicos de uma
UTI neonatal*

apresentada por

Ana Paula Ferreira da Rocha

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça

Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Prof.^a Dr.^a Liliane Reis Teixeira – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 21 de maio de 2013.

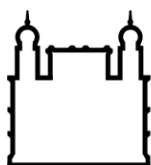
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R484 Rocha, Ana Paula Ferreira da
O trabalho em situação limite: o labor e a saúde dos médicos
de uma UTI neonatal. / Ana Paula Ferreira da Rocha. -- 2013.
86 f.

Orientador: Teixeira, Lilliane Reis
Souza, Katia Reis de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Médicos. 3. Unidades de Terapia
Intensiva Neonatal. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2013.

Ana Paula Ferreira da Rocha

AGRADECIMENTOS

A Deus, em todas as suas formas de existência, sem o qual não estaríamos aqui.

A minha mãe, Regina, pelo amor incondicional e pelos inúmeros sacrifícios feitos até hoje.

Ao meu amor, Alan, pelo companheirismo, paciência e incentivo em todos os momentos.

Aos meus filhos, Ana Carolina, Breno e Alan fontes de inspiração da minha vida.

A Liliane e Kátia, verdadeiras orientadoras, por acreditarem e me ajudarem a chegar aqui.
Que esta parceria e amizade possam seguir adiante.

As colegas de profissão, participantes ou não da pesquisa, pela confiança e pela ajuda.

As colegas de mestrado, por servirem de ouvido amigo nos momentos de dúvida e angústia, pela participação e pela amizade construída.

A direção do Hospital São João Batista, por autorizarem a pesquisa.

Aos familiares e amigos por torcerem por mais uma conquista e entenderem a ausência momentânea em prol de um sonho.

O que é, o que é?

Eu fico com a pureza das respostas das crianças:

É a vida! É bonita e é bonita!

Viver e não ter a vergonha de ser feliz,

Cantar,

A beleza de ser um eterno aprendiz

Eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,

Mas isso não impede que eu repita:

É bonita, é bonita e é bonita!

E a vida? E a vida o que é, diga lá, meu irmão?

Ela é a batida de um coração?

Ela é uma doce ilusão?

Mas e a vida? Ela é maravilha ou é sofrimento?

Ela é alegria ou lamento?

O que é? O que é, meu irmão?

Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo,

É uma gota, é um tempo

Que nem dá um segundo,

Há quem fale que é um divino mistério profundo,

É o sopro do criador numa atitude repleta de amor.

Você diz que é luta e prazer,

Ele diz que a vida é viver,

Ela diz que melhor é morrer

Pois amada não é, e o verbo é sofrer.

Eu só sei que confio na moça

E na moça eu ponho a força da fé,

Somos nós que fazemos a vida

Como der, ou puder, ou quiser,

Sempre desejada por mais que esteja errada,

Ninguém quer a morte, só saúde e sorte,

E a pergunta roda, e a cabeça agita.

Fico com a pureza das respostas das crianças:

É a vida! É bonita e é bonita!

É a vida! É bonita e é bonita!

Gonzaguinha

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	5
Resumo	6
Abstract	7
1- Introdução	9
2- Objetivos	18
3- Referencial Teórico	19
3.1- A Concepção Vitalista	19
3.2- A Relação entre Trabalho e Saúde sob a Ótica da Saúde do Trabalhador da Saúde	20
3.3- A Psicodinâmica e a Relação entre Trabalho e Saúde	21
3.4- A Relação entre Trabalho e Saúde a partir da Perspectiva Ergológica	24
3.5- A Contribuição Ergonômica na Relação entre Trabalho e Saúde	26
4- Metodologia	28
4.1- Escolha do Campo	29
4.2- Procedimento de pesquisa	30
4.3- Aspectos Éticos	31
4.4- Análises do Material	32
5- Resultados e Discussão	34
5.1- Eixo I: Elementos da Atual Configuração do Trabalho Médico	35
5.2- Eixo II: O Trabalho na UTI	43
5.3- Eixo III: A Saúde dos Médicos: a Prática de Automedicação e a Necessidade de Espaço de Diálogo	59
5.4- Eixo IV: Gênero no Trabalho da UTI e a Pediatria	64
6- Conclusão	67
Referências	70
Apêndice A	84
Apêndice B	85

LISTA DE ABREVIATURAS

AMIB- Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CCIH- Comissão de Controle de Infecções Hospitalares
CFM – Conselho Federal de Medicina
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
DORT – Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho
EPI- Equipamento de Proteção Individual
HSJB- Hospital São João Batista
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
MBE - Medicina Baseada em Evidências
MOI – Movimento Operário Italiano
NR- Norma Regulamentadora
RN- Recém-nascido
SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria
SISREG – Sistema de Regulação em Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
UI - Unidade Intermediária
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

Esta pesquisa visa conhecer a perspectiva sobre a saúde e o trabalho de médicos de uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital público do estado do Rio de Janeiro. A investigação teve como objetivo interpretar o significado do trabalho na vida desses profissionais, identificando as dificuldades bem como as satisfações geradas no âmbito laboral. Como fundamentação teórica, a respeito das relações entre trabalho e saúde, lançamos mão dos referenciais do campo da saúde do trabalhador, da concepção vitalista de saúde, da perspectiva ergológica, da ergonomia e da psicodinâmica. A metodologia adotada foi de cunho qualitativo e de caráter exploratório. Realizamos entrevistas individuais e semiestruturadas, com roteiro de perguntas abertas. No que tange a análise dos materiais teve-se como base a “Análise do Discurso”, partindo-se das falas dos trabalhadores, foram identificados núcleos de interpretação que foram agrupados por eixos de análise, a saber: elementos da atual configuração do trabalho médico; o trabalho na UTI neonatal; a saúde dos médicos e a prática de automedicação e a necessidade de espaços de diálogo; gênero no trabalho médico e na pediatria. Podemos concluir que a falta de condições adequadas do trabalho e equívocos na forma de organização do trabalho colocam em risco o esforço de se manter a atividade laboral com qualidade, ocasionando repercussões na saúde dos trabalhadores, principalmente se as estratégias de defesa utilizadas parecem não estar sendo suficientes. Desta forma, são necessárias mudanças na organização do trabalho médico a partir de políticas e ações adequadas como a proposta de grupos de diálogo, no próprio espaço.

Palavras chave: saúde do trabalhador; médicos; UTI neonatal;

ABSTRACT

This research aims at to know the perspective on the health and the work of doctors of a unit of neonatal intensive therapy of a public hospital of the state of Rio de Janeiro. The inquiry had as objective to interpret the meaning of the work in the life of these professionals, being identified the difficulties as well as the satisfactions generated in the labor scope. As theoretical recital, regarding the relations between work and health, we launch hand of the reference of the field of the health of the worker, of the vitalistic conception of health, the ergologic perspective, the ergonomics and the psychodynamic. The adopted methodology was of qualitative matrix and of exploratory character. We carry through individual and semi structuralized interviews, with script of open questions. In what it refers to the analysis of the materials was had as base the "Analysis of the Speech", breaking itself of you say them of the workers, had been identified interpretation nuclei that had been grouped by analysis axles, namely: elements of the current configuration of the medical work; the work in the neonatal UTI; the health of the doctors and practical of self-medication and the necessity of dialogue spaces; sort in the medical work and the pediatrics. We can conclude that the lack of adequate conditions of the work and mistakes in the form of organization of the work at risk place the effort of if keeping the labor activity with quality, causing repercussions in the health of the workers, mainly if the used strategies of defense seem not to be being enough. In such a way, they are necessary changes in the organization of the medical work from adequate politics and actions as the proposal of groups of dialogue, in the proper space.

Words key: health of the worker; doctors; Neonatal UTI;

1- INTRODUÇÃO

A revolução tecnológica do final do século XX, a globalização da economia e as grandes mudanças sociais, econômicas e políticas tem levado a uma reconfiguração do mundo do trabalho, afetando diretamente a vida e a saúde dos trabalhadores. A medicina não ficou alheia a esse processo, sendo observadas alterações nos saberes, práticas e autonomia dos médicos, no poder de decisão, na relação médico-paciente, na hegemonia médica nas equipes, no prestígio e no status a eles sempre dispensados. Associadas a tais mudanças, queixas como: excesso de trabalho, jornada de trabalho prolongada, multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, excesso de responsabilidades, relação de vida e morte com pacientes, deslocamento frequente, cansaço físico e atividade de plantonista foram relacionadas diretamente ao desenvolvimento de sofrimento e desgaste profissional (MACHADO, 1997; GIANNOTTI, 2009).

O trabalhador da saúde, envolvido diretamente com o cuidado, está situado entre o material e o imaterial, entre o cognitivo/afetivo e o instrumental, entre a atividade dotada de maior dimensão intelectual e a atividade física com dispêndio de energia (HARDT, M; NEGRI, 2005). Contudo, mantém como principal característica o caráter relacional, a peculiaridade de lidar com o sofrimento humano envolvendo cuidado e interação humana e afetiva. Desta forma, as reconfigurações do mundo do trabalho - notadamente a desregulamentação e a flexibilização dos direitos - apresentam reflexos evidentes na forma de realizar o trabalho, bem como na subjetividade dos trabalhadores, levando a diferenciadas repercussões sobre sua saúde (BAASH e LANNER, 2011; HENNINGTON, 2011).

Segundo Dejours (1994), as pressões decorrentes da organização do trabalho são um dos fatores com potencial desestabilizador para a saúde mental dos trabalhadores. As pressões ligadas às condições de trabalho (físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho) têm por alvo principal o corpo dos trabalhadores, onde elas podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Naturalmente que o trabalhador tem a necessidade de se reconhecer no próprio trabalho e também de obter reconhecimento pelo outro; precisa da valorização de seu trabalho e da cooperação do coletivo, da presença em espaços públicos para a troca de experiências. O adoecimento surge com o embrutecimento, com a mecanização e o gesto automático e repetitivo, com a ausência de sentido e finalidade laboral.

O trabalho aparece definitivamente como um operador fundamental na própria construção do sujeito. O trabalho revela-se, com efeito, como um mediador privilegiado, senão único, entre inconsciente e campo social e entre ordem singular e ordem coletiva (DEJOURS, 1994). Trata-se, pois, de assumir o caráter central e ontológico do trabalho como produtor de identidade humana (MARX, 1977).

Decerto, situações como a expressiva precariedade das relações de trabalho, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, o baixo investimento no processo de educação permanente destes trabalhadores, modelos de gestão centralizados e verticais com pouca participação na gestão dos serviços de saúde, o frágil vínculo com os usuários e principalmente o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva, que toda prática de saúde

supõe, desapropriam o trabalhador do sentido de seu próprio trabalho (BRASIL, 2001).

Cabe mencionar que nos anos 90 a doutrina neoliberal determinou políticas de diminuição dos gastos públicos e ajustes estruturais que levaram ao sucateamento dos serviços públicos no campo da saúde (GIANNOTTI, 2009). Como resultado, as condições de trabalho foram as mais adversas possíveis, dentre elas apontamos má remuneração, baixo incentivo profissional e carga considerável de trabalho. Desse modo, a população trabalhadora vem sofrendo a ação dessas condições de trabalho, o que poderá potencializar problemas de saúde já existentes ou desencadear novos (PORTO & FREITAS, 1997).

Em contraposição, uma determinada linhagem teórica do campo da saúde coletiva, especificamente no campo da saúde do trabalhador, que tem por base uma rica tradição de estudos participativos com trabalhadores a respeito da relação entre saúde e trabalho (ODDONE, 1986) e a incorporação de novas perspectivas teóricas e metodológicas, vem construindo caminhos para o conhecimento, a crítica e a transformação das situações consideradas nocivas aos trabalhadores. Nessa vertente, acredita-se ser possível a promoção da saúde partindo da experiência e saberes do trabalho, para análise crítica e transformação da realidade (LACAZ, 2007; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; BRITO, 2011 e MENDES e DIAS, 1991). Ademais, vale lembrar o profícuo diálogo do campo da saúde do trabalhador com perspectivas e disciplinas diversas, como a ergologia (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), a ergonomia (WISNER, 2004; GUÉRIN, 2011) e a psicodinâmica (DEJOURS, 1994), as quais nos auxiliam a compreender tanto a potencialidade

do trabalho, como produtor de doença, mas também como produtor de saúde a partir de mecanismos desenvolvidos pelos trabalhadores.

O TRABALHO DO MÉDICO EM UTIS NEONATAIS

“A medicina é uma atividade que tem raízes no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo. É nesse esforço espontâneo que a medicina encontra seu sentido, mesmo não tendo encontrado, antes, toda a lucidez crítica que a tornaria infalível. Eis, por que, sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida. Portanto, existe medicina, em primeiro lugar, porque os homens se sentem doentes. É apenas em segundo lugar que os homens, pelo fato de existir uma medicina, sabem em que consiste sua doença.” (CANGUILHEM, 2010, p. 176).

Na perspectiva da sociologia das profissões, a medicina é um ofício que mediante conhecimento especializado atua em determinada realidade, visando interpretá-la, modificá-la e transformá-la para um determinado “fim social”. De acordo com Machado (1997), a medicina é percebida como uma profissão com grande reconhecimento, o que faz com que raramente seu profissional abandone o ofício.

A medicina como ofício de curar é uma atividade que não somente requer o apelo de lidar com pessoas, como evoca uma grande capacidade de persistência ao longo da formação profissional... (MACHADO, 1997, p.24).

Na UTI neonatal o médico apresenta diferentes cargas de trabalho (6h, 12h e até 24h). Ele é o profissional de saúde indicado para esclarecer dúvidas que necessitem de explicação mais cuidadosa, a cerca do quadro clínico, diagnóstico e tratamento proposto¹, de forma clara e objetiva, sempre tentando integrar a família aos cuidados dispensados. Para isso, tais explicações devem

¹ Neonatologia é uma subespecialidade da pediatria que se destina ao cuidado com recém-nascidos, ou seja, a bebês de 0 a 28 dias de vida, que podem ser atendidos em unidades de baixo risco (alojamento conjunto, ambulatório), médio risco (unidades intermediárias e unidades Canguru) e alto risco (unidades de tratamento intensivo), além do atendimento do bebê na sala de parto.

ser claras e com linguagem de fácil entendimento para a família a fim de que não se sintam incompetentes aos cuidados dispensados ao seu bebê (LAMY FILHO, 2003).

Mais especificamente sobre os pediatras das UTI neonatais temos uma adequada definição por Mathelin (1999):

[...] os pediatras que vieram para a neonatologia¹ foram trazidos pela paixão pela medicina de alta tecnologia, pelo interesse de estarem próximos da vida e da morte, pelo gosto de superação de si em que se sabe que, para a mínima decisão ou mínimo gesto, cada minuto contará para salvar a vida de um ser humano. Nada está garantido de antemão, cada criança é diferente e coloca para o médico um enigma que o põe de novo, por inteiro em questão. A seriedade e o sentido de responsabilidade que cada reanimador traz a seu trabalho ganham nossa admiração.

Como observado, ser médico pode ser uma via para a autorrealização e para a construção das identidades, entretanto, há sinais de insatisfação associados a indicadores de adoecimento como no estudo, realizado no Reino Unido por Coomber et al (2002), que utilizou as escalas *Symptom Checklist Depression Sub-scale* (SCL-D) e *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12) em 758 médicos de UTI. Tal pesquisa revelou que 80 (12%) dos médicos apresentavam-se deprimidos, e 193 (29%) apresentavam-se angustiados devidos a fatores como sobrecarga de trabalho, excesso de responsabilidade, tomada de decisão sem discussão com colegas, falta de reconhecimento de seu trabalho, estresse sobre vida pessoal/familiar, necessidade de atualização de conhecimentos e 20 (3%) tiveram ideias suicidas no último mês. No artigo “Saúde Mental dos Profissionais de Saúde”, Nogueira Martins (2003), faz importantes considerações sobre a saúde mental dos médicos e o quanto sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de processos patológicos é multifatorial. Como pode ser demonstrado no estudo de Embriaco, et. al (2007), realizado na França, que cerca de 50% dos médicos intensivistas apresentavam nível

elevado de *Burnout*, principalmente relacionados com fatores organizacionais. Em 2010, Fogaça *et.al*, encontrou maior supercomprometimento dos médicos, devido à maior necessidade de aprovação e competitividade, quando comparados com médicos intensivistas pediátricos e enfermeiros. Diante desse dado, o estudo demonstra que os médicos da UTI neonatal apresentaram maior necessidade de controlar seu ambiente de trabalho, configurando ambiente de alto esforço e baixa recompensa. Essa situação pode ser sentida como recompensa e retorno insuficientes frente aos esforços despendidos. Tal sentimento pode gerar instabilidade no emprego, mudanças ocupacionais repentinas, faltas de oportunidades de promoção, definindo baixo controle sobre a posição ocupacional exercida. Portanto, as exigências do trabalho são altas, mas as recompensas advindas dessas exigências também, podendo levar a comportamentos de competitividade, dificuldade para se desligarem do trabalho e irritabilidade entre a equipe de trabalho.

Ainda a despeito da saúde, foram encontrados trabalhos que relacionam a automedicação e o consumo drogas (lícitas ou ilícitas) como no estudo de Fidalgo e Silveira (2008), realizado com 83 médicos em um hospital de São Paulo, sobre o uso indevido de drogas entre médicos, observaram que 67,5% dos entrevistados conhecem colegas com problemas relacionados ao uso de substâncias, destes 41% relacionados com o abuso de drogas comuns em ambiente cirúrgico e 16,9% dos participantes afirmaram já ter feito uso de psicotrópicos sem acompanhamento especializado. Donde se concluiu que o uso de psicotrópicos sem prescrição foi elevado, embora uma grande parcela não considere isso um problema. Na mesma linha, o trabalho de Luz (2012) sobre o consumo de medicamentos por trabalhadores de hospital, onde

participaram 417 indivíduos, os quais forneceram informações sobre o uso de medicamentos nos quinze dias que antecederam a entrevista. Houve prevalência de consumo de 72,4% entre uma ou mais especialidades farmacêuticas, sendo a maioria por automedicação.

Na linha de compreensão a respeito do trabalho do médico em UTIs neonatais, é preciso considerar, também, o problema da mortalidade infantil. Conforme dados do Ministério da Saúde, no Brasil, entre 1990 e 2000, a mortalidade infantil caiu de 47,1 a 26,8 óbitos em menores de um ano para cada mil nascidos vivos, a partir daí observa-se uma desaceleração, chegando a 19,3 no ano de 2007, com isso as taxas de mortalidade infantil estão em níveis semelhantes aos encontrados em países desenvolvidos no final da década de 60 e a principal causa de mortalidade infantil é a afecção perinatal². A mortalidade infantil e perinatal estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento econômico e social refletindo numa assistência obstétrica e neonatal oferecida não homogênea. Os recentes avanços clínicos ilustram o grande poder das inovações médicas em remodelar os mecanismos de influência social nos resultados em saúde. Mesmo pequenas diferenças no acesso a esse tipo de assistência podem resultar em grandes diferenças na mortalidade perinatal (LANSKY, FRANÇA, LEAL, 2002; BRASIL, 2012).

A redução da morbimortalidade está atrelada a uma série de intervenções que buscam a melhoria das condições do pré-natal e da atenção ao parto e nascimento, assim como a implantação de leitos neonatais capazes

² Entende-se por afecção perinatal toda condição de morbidade de recém-nascido, que ocorre durante gestação, o parto ou nos primeiros 7 dias de vida, compreendendo principalmente os problemas respiratórios, asfixia ao nascer, distúrbios metabólicos, prematuridade e baixo peso ao nascimento (MS, 2002).

de atender ao recém-nascido de baixo peso, prematuros e/ou gravemente enfermos (GOMES, 2002). Com isso, foi iniciada uma política de atenção humanizada à criança, à mãe e à família caracterizada pela segurança técnica da atuação profissional e condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) foi lançada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 693 de 05/07/2000. Nessa abordagem os profissionais de saúde atuaram na perspectiva da integralidade do ser, através da mudança na postura do profissional, tornando-o cada vez mais um ser preocupado com a abordagem holística de seu paciente. Na prática observou-se que, em muitos casos, houve aumento das pressões sobre estes profissionais sem para isso dar-lhes condições para esta atuação. Desta forma, o intuito de aprofundar as relações entre trabalho e saúde, detectando as formas de sofrimento e prazer vividos, bem como a detecção das estratégias desenvolvidas por este segmento de trabalhadores a fim de se manterem saudáveis no trabalho nortearam esta pesquisa, a qual se justifica pela sua relevância acadêmica, social e política.

Porquanto após revisão da literatura, nas bases LILACS, SCIELO, PUBMED verificou-se poucos estudos relacionados a respeito do trabalho e da saúde de médicos de UTI neonatal, conforme já observado por Pinto, Almeida e Miyazaki (2010). Quanto à relevância social e política, cabe-nos a observação de que o debate sobre a saúde e o trabalho de médicos constitui-se em objeto de interesse público não se circunscrevendo a esfera do debate acadêmico. Ademais, este estudo possibilitou-nos a apresentação de recomendações para o trabalho de UTIs a partir dos relatos dos próprios

médicos participantes do estudo. Por conseguinte, esses resultados poderão fornecer elementos de suporte à construção de políticas de saúde nos ambientes de trabalho hospitalares.

Afora o capítulo 1 que corresponde a esta introdução, esta dissertação está estruturada com o capítulo 2 retratando os nossos objetivos seguidos do capítulo 3 que corresponde à justificativa dada a relevância do tema. Em seguida apresentamos nosso referencial teórico, capítulo 4, onde tentamos efetuar uma dialógica entre a psicodinâmica e a psicopatologia, a concepção vitalista de saúde, a ergologia e a ergonomia, sob a ótica da saúde do trabalhador. Adiante dispomos no capítulo 5, a metodologia empregada na qual contemplamos a escolha do campo, os procedimentos de pesquisa, os aspectos ético, a análise do material e os resultados e discussão. Finalmente, apresentamos os capítulos 6 e 7 onde são feitas a conclusão e as considerações finais.

2- OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

- Conhecer a perspectiva de saúde e trabalho dos médicos de UTI neonatal de um Hospital Público do Rio de Janeiro.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Interpretar o significado do trabalho na vida desses profissionais, identificando as dificuldades bem como as satisfações geradas no âmbito laboral.
- Compreender as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para defesa da saúde.

3- REFERENCIAL TEÓRICO

Estruturamos nosso referencial teórico baseados em cinco eixos fundamentais: na concepção “vitalista” de saúde (Canguilhem; Czeresnia), nos pressupostos do campo da saúde do trabalhador (Lacaz; Mendes e Dias; Minayo-Gomes, Thedim-Costa e Brito), na psicodinâmica do trabalho (Dejours; Lancman), na perspectiva ergológica (Schwartz; Brito) e em alguns princípios da ergonomia situada (Wisner; Guérin) ³.

3.1- A CONCEPÇÃO VITALISTA

Conforme afirma Czresnia (2012), a sociedade contemporânea, numa perspectiva mecanicista das ciências, fragmentou o homem em corpo e mente, onde a função cognitiva e a dimensão psíquica são conceituadas em ciências radicalmente distintas das ciências da natureza. Entretanto, quando abordamos as influências do trabalho e da saúde sobre a vida dos trabalhadores, observamos que tais influências atuam sobre a vida promovendo mudanças e vice-versa. Desta forma, a autora ao propor reflexões sobre a relação entre a filosofia e as ciências biomédicas a cerca da vida, demonstra ser fundamental o aprofundamento sobre o conceito de “normatividade vital”. Na linha de compreensão de Canguilhem, a autora afirma que a capacidade de instituir normas é uma propriedade da vida e a experiência vital é anterior e raiz de toda atividade técnica. Contudo em uma época de transformações intensas,

³ Dada a complexidade do tema optamos por adotar um “pluralismo metodológico”, utilizando as principais disciplinas e abordagens nas quais se baseiam a saúde do trabalhador.

vale a pena trazer à discussão que a origem humana é secundária à origem da vida e que a ciência ainda não é capaz de explicar tudo.

Seguindo o conceito vitalista proposto por Canguilhem (2010), ser saudável é ser mais que adaptativo, é ser renormatizador. O homem só se considera com boa saúde quando se sente mais do que normal, ou seja, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida. Isso se deve ao seu poder de tolerância, de compensação às agressões do meio e não se restringindo apenas a ausência de doença. Para Canguilhem (2010), a saúde não é sinônimo de normalidade e nem doença de anormalidade. Tão pouco a doença é o oposto de saúde, visto que o patológico deve ser compreendido como parte da normalidade. Nessa linha de interpretação, anormal não é aquilo que não é norma, e sim aquilo que é um normal diferente. Nas palavras de Canguilhem, “é o anormal que desperta o interesse teórico pelo normal” (CANGUILHEM, 2010, p.158). O médico optou pela vida e a ciência lhe é útil no cumprimento dos deveres decorrentes desta escolha.

3.2- A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE SOB A ÓTICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

No que tange a relação entre trabalho e saúde, adotou-se neste estudo, o ponto de vista do campo da saúde do trabalhador. Nesta vertente, os trabalhadores deixam de ocupar a posição de objeto de estudo para ocuparem a posição de sujeitos políticos dotados de um “saber-fazer”, porquanto são depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de

ações transformadoras no trabalho. A saúde do trabalhador tem como objeto privilegiado o processo de saúde e doença em sua relação com o trabalho destacando sua capacidade protetora contra agravos à saúde dos trabalhadores (MENDES e DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

De acordo com Minayo-Gomes (2011, p. 75), “o campo da saúde do trabalhador emerge, do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva”, opondo-se às concepções da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, uma vez que abrange além da medicina e da engenharia de produção (LACAZ, 2007), outras disciplinas e abordagens, como a epidemiologia, administração, ergonomia, ergologia, ciências políticas, sociologia, entre outras.

No que se refere ao cenário contemporâneo de trabalho no Brasil, Minayo (2011), observa que existe um imenso contingente de trabalhadores socialmente desprotegidos, dentre eles destaca o setor terciário da economia, como os trabalhadores da área da saúde. Segundo o autor, falta ao campo construir políticas públicas integradas e intersetoriais capazes de orientar linhas de ação para a transformação (MINAYO-GOMES, 2011).

3.3- A PSICODINÂMICA E A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE

O ponto que queremos realçar neste estudo é o reconhecimento da centralidade do trabalho no mundo social, visto que deste advém remuneração financeira, remuneração social (enquanto fator de integração social) e é fundamental na constituição do sujeito e de sua rede de significados (reconhecimento, gratificação e mobilização da inteligência) (LANCMAN,

SZNELWAR, 2011). Desse modo, lançamos mão de ferramentas teóricas, complementares ao campo da saúde do trabalhador que colocam em destaque a relação entre saúde e trabalho, enfatizando o aspecto humano do labor.

Na perspectiva Dejouriana, o trabalho é um fator essencial na produção de identidade e constituição da vida psíquica, podendo ser fonte de prazer e de sofrimento. Dejours chama atenção para a necessidade do trabalhador em obter reconhecimento de seu trabalho e do coletivo. Além disso, destaca o aspecto referente a importância de espaços públicos para a troca de experiências. As pressões decorrentes da organização do trabalho são um dos fatores, citados pelo autor, com potencial desestabilizador para a saúde mental dos trabalhadores. Tais pressões têm por alvo principal o corpo dos trabalhadores, onde podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Contudo o trabalhador desenvolve estruturas de mobilização da inteligência singular (engenhosidade) e da inteligência plural (cooperação) se contrapondo aos modos de dominação laboral.

A centralidade do trabalho é percebida na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental – ou mesmo na saúde somática. O trabalho é um gerador de saúde ou, ao contrário, um constrangimento patogênico. O trabalho jamais é neutro, considerado deste ponto de vista. Ou joga a favor da saúde ou, pelo contrário, contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação (DEJOURS, 2011, p.164).

A psicodinâmica – dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho – tem como objeto de interesse a dinâmica entre sofrimento e prazer dos trabalhadores. A rigor, os estudos de Dejours (1994, p. 125-126) demonstram que toda organização é, de antemão desestabilizadora

da saúde. Não há organizações sem sofrimento, mas organizações de trabalho mais favoráveis à negociação da superação deste sofrimento. A saúde, o prazer no trabalho, a realização de si mesmo e a construção da identidade são elementos ativos que se contrapõem ao sofrimento no trabalho. Desse modo, para manter o equilíbrio psíquico os sujeitos propiciam uma série de procedimentos de regulação, também chamados de “procedimentos defensivos”. Dentre eles podemos citar a resistência psicológica à agressão (pode levar à dissimulação do sofrimento) e a adaptação (impede parcialmente a tomada de consciência das relações de exploração). O sofrimento e o prazer são situações subjetivas e individuais. Mas, quando vários sujeitos experimentam cada um por si um sofrimento único, estes são capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva coletiva, conferindo a este uma estabilidade a qual ele será incapaz de garantir apenas com defesas próprias (Dejours, 1994).

Para Lancman e Sznelwar (2011, p.161), a partir das ciências do trabalho (ergonomia, psicodinâmica do trabalho e antropologia do trabalho), o trabalho pode ser definido como a “atividade coordenada de homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho”. A tarefa é o que deveria ser feito conforme a organização do trabalho e a atividade é o que realmente se faz. Para isso, o trabalhador utiliza seus requisitos físicos e psíquicos, os quais compõem uma parte enigmática do trabalho, a inteligência física e cognitiva (criatividade). O trabalho implica sempre um confronto com o real, deixando-se submeter às diferentes formas de “saber-fazer”.

3.4- A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA ERGOLÓGICA

Quanto à ergologia, trata-se de uma perspectiva que se apoia na reflexão filosófica para análise do trabalho como atividade (de relações) humana (Souza, 2009). Para Brito (2011, p.479), a ergologia, assim como a saúde do trabalhador, tem em comum as ideias advindas do Movimento Operário Italiano de luta pela saúde (MOI). Dentre estas, está a interdisciplinaridade e a participação dos trabalhadores nos estudos sobre a relação saúde e trabalho. Ainda, segundo a autora a abordagem não se faz sobre o trabalho, mas sobre a atividade nas várias situações de trabalho, de forma a intervir e transformá-las. Sendo assim, a ergologia “propõe uma análise ‘situada’, apostando na capacidade humana de compreender - transformar o que está em jogo, (re) inventando, criando novas condições e um novo pertinente” (BRITO, 2011, p.479).

A partir do cenário de intensas transformações, existe também a modificação daquilo que é pedido ou exigido aos homens e às mulheres no trabalho, ou seja, uma adaptabilidade e flexibilidade técnico-instrumental e intelectual, designada pelo genérico termo ‘competências’. Segundo Schwartz e Durrive (2007), a intensificação do trabalho em si não é um mal, mas algumas situações são vividas numa “intensificação” de forma difícil de suportar (devido a sua sobrecarga); podendo tornar-se patológico. Uma mesma mudança pode ter aspectos positivo para alguns e negativo para outros; ou mesmo para a mesma pessoa em momentos diferentes da sua vida (Schwartz e Durrive, 2007).

Nesse ponto, a título de complementaridade conceitual vale lembrar a perspectiva vitalista de Canguilhem, segundo a qual, o homem é “saudável” quando além de adaptado ao meio e às suas exigências, ele é capaz de transformar (recriar) novas normas de vida. Este pensamento contribuiu de forma decisiva para compreendermos como os trabalhadores desenvolvem experiência e produzem conhecimentos ao executarem tarefas prescritas (CANGUILHEM, 2010; BRITO, 2011, p. 480-481).

Schwartz (2010) refere-se a Canguilhem quando afirma que o meio é sempre mais ou menos infiel. Ele jamais se repete exatamente de um dia para outro, ou de uma situação para outra, gerando uma singularidade de fatos e situações. Sendo assim, trabalhar será sempre uma confrontação da inteligência humana às incertezas do presente. Uma mesma mudança pode ter aspectos positivos para alguns e negativos para outros; ou mesmo para a mesma pessoa em momentos diferentes da sua vida.

Para a ergologia, a atividade é um debate de normas e valores. Schwartz (2010) afirma que em toda atividade de trabalho existe ‘uso de si’, ‘uso de si por si’ e/ou ‘uso de si pelos outros’. Os trabalhadores fazem uso de suas próprias capacidades, recursos e escolhas, mobilizando o patrimônio do trabalho e criando novos coletivos para equacionar problemas emergentes, gerindo as diferentes normas e acima de tudo, vivendo e ‘levando a vida’.

Ao fazer “uso de si”, o sujeito realiza escolhas para dar conta do que falta. Por outro lado, não trabalhamos sozinhos, então é fazendo escolhas que também engajamos os “outros” com os quais trabalhamos. De certa maneira, quando se fala em “uso de si pelos outros”, remete-se ao fato de que em todo universo de atividade de trabalho reinam normas de todos os tipos. É na

tentativa de articular permanentemente o uso de si por si e o uso de si pelos outros, que se corre o risco de sofrimento no trabalho, pois os fracassos são possíveis (abordagem diferente da realizada pela psicodinâmica).

3.5- A CONTRIBUIÇÃO ERGONÔMICA NA RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE

Em seu sentido etimológico, a palavra ergonomia designaria uma ciência do trabalho, cujo objetivo seria definir as regras do trabalho, transformando-o em uma atividade a fim de evitar desperdícios de energia e inteligência, para responder às exigências de qualidade, flexibilidade e redução de custos que nossa sociedade de competição econômica demanda. Nessa vertente, Guérin et al (2001), enfatizam que a atividade é entendida como uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição. De outro modo, a ergonomia situada se preocupa com as estratégias usadas para administrar a distância entre a prescrição e o trabalho real, propondo uma racionalidade diferenciada, em que as principais causas dos problemas que afetam os trabalhadores estão na inadequação do trabalho em relação ao homem, opondo-se completamente, dessa forma, à ideia de adaptação do homem ao trabalho (Wisner, 2004). A atividade real do trabalho deve ser observada o mais perto possível e não pode ser reduzida à prescrição de tarefas. Nesse sentido, os aspectos coletivos da atividade (articulação entre os colegas) são essenciais de serem compreendidos, pois, pode assumir formas diferentes como a coordenação, a co-ação, a cooperação, a colaboração e a comunicação no trabalho (Guérin et al, 2012).

Ainda segundo os autores, outro aspecto cada vez mais frequente é a questão da intensificação do trabalho, ou, mais exatamente, do uso que é feito das capacidades cognitivas e fisiológicas dos trabalhadores. Essa intensificação, pode se dar de forma consciente ou ‘não voluntária’, mas resulta em efeitos da mesma natureza sobre os indivíduos, levando, na prática, a uma degradação da situação dos trabalhadores, inclusive sobre a sua saúde. Nesse sentido, de acordo com Guérin et al, 2012 quaisquer que sejam os mecanismos que venham a intervir nas relações entre trabalho e saúde não são somente o resultado de uma “exposição a fatores de risco”. O trabalhador tem um papel ativo na preservação e na construção de sua saúde, mas, às vezes essas tentativas são postas em xeque, visto que as agressões nem sempre são precedida por sinais perceptíveis para os operadores.

4- METODOLOGIA

O presente estudo adota a base metodológica da pesquisa qualitativa e possui caráter exploratório e descritivo a respeito da relação entre saúde e trabalho dos médicos da UTI neonatal. Na abordagem qualitativa, segundo Minayo (2007, p. 42-43) cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o municie na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo em que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos. Desta forma ele enfrenta o desafio de aproximar a suntuosidade e a diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Consoante com tal posição, Turato (2005) aponta que as cinco características inerentes dessa metodologia são: a busca de significados das coisas, o campo onde ocorrerá a observação, o pesquisador como instrumento da pesquisa, o rigor da validade dos dados coletados, visto que a observação e a escuta levam o pesquisador bem próximo da essência da questão e a generalização, que se dá a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos.

4.1- Escolha do Campo

O estudo foi realizado na UTI Neonatal do Hospital São João Batista (HSJB), em Volta Redonda, município da região do Médio-Paraíba fluminense. O hospital foi fundado na década de 50, por uma instituição sem fins lucrativos chamada União Hospitalar Gratuita, que visava atender à população que não tinha direito à previdência social. Na década de 70, passou a ser administrado

pelo Serviço Autônomo Hospitalar, em regime de comodato com a Prefeitura Municipal de Volta Redonda. O HSJB é referência para a rede básica municipal e para municípios vizinhos e tem um perfil assistencial cirúrgico e emergência de alta complexidade. Desde 1993, vem investindo na construção de um modelo de gestão participativa e descentralizada, compromissada com as diretrizes do SUS, focada no ser humano e sua cidadania. Este modelo caracteriza-se pelos seguintes aspectos, a saber: pela ênfase ao trabalho de equipes organizadas em unidades de trabalho, gestão colegiada do hospital com participação de todos os gerentes e gestão participativa nas unidades, ênfase na satisfação dos clientes e aposta no potencial humano dos trabalhadores e profissionais de saúde e implantação de indicadores de qualidade (MENDONÇA e TEIXEIRA, 1998; PINHEIRO, 2001; CECILIO, 1997, 2002).

O hospital tem capacidade de 169 leitos distribuídos nas seguintes unidades assistenciais: emergência, clínica cirúrgica, clínica médica, clínica pediátrica, maternidade, UTI adulto, UI adulto, UTI neonatal e UI neonatal. Conta também com ambulatório de especialidades, hemodiálise, banco de leite além de unidades de apoio técnico e serviços administrativos e de apoio à assistência.

A referida UTI Neonatal, foi inaugurada em 29/03/1999. Possui 10 leitos de UTI e 5 leitos de UI, que são preenchidos por RNs do SUS, que nascem no Hospital ou nos municípios da região Médio Paraíba, ou ainda pelos RNs transferidos, via Central de Regulação Estadual (SISREG), de outros municípios do Estado. É formada por equipe interdisciplinar especializada, que

trabalha diariamente sob a forma de visitas ou plantão. Dentre um total de 334 médicos, 23 estão lotados neste setor onde somente um é concursado e todos os demais são prestadores de serviço, portanto, sem vínculos trabalhistas.

A escolha desse hospital se deve em função de ser esta a Instituição de trabalho da pesquisadora, sendo, portanto, este um campo de investigação com relativa facilidade de acesso aos trabalhadores. Embora consideremos que o campo seja o local de trabalho da pesquisadora e por isso um facilitador, concordamos com Minayo (2007) quando esta, referindo ao que Pierre Bourdieu chama de “ilusão da transparência”, relata que o primeiro grande obstáculo dos pesquisadores quando iniciam a análise dos dados recolhidos no campo é tentar interpretar espontânea e literalmente os dados como se o real se mostrasse nitidamente ao observador, principalmente devido sua familiaridade com o objeto. Para isso cabe à pesquisadora se colocar numa posição de “estranhamento” em relação ao ambiente e ao participante pesquisado.

4.2- PROCEDIMENTO DE PESQUISA

Do universo de 23 profissionais, 3 estavam de licença médica, 3 são residentes de pediatria (último ano), 3 recusaram participar (2 por excessiva timidez) e 1 estava fazendo estágio no Canadá. Desta forma, foram realizadas 13 entrevistas. Dentre a população estudada, quase a totalidade dos entrevistados é formada por mulheres (apenas 1 profissional é do sexo masculino e não concordou em participar por motivos pessoais), com idade maior que 29 anos. O estado civil predominante é casado, e o tempo de

profissão varia de 3 a 20 anos. Tais resultados são semelhantes às pesquisas realizadas por CARNEIRO e GOUVEIA (2004) e pelo CFM (2007), onde a Pediatria era composta predominantemente por profissionais do sexo feminino, entre 11 e 20 anos de formado (formatura na década de 1990) e em geral na faixa etária de 35 a 44 anos.

No início percebemos uma insegurança por parte dos entrevistados, mas depois de encerrada a maioria disse ter gostado da experiência e sugeriram que pudesse ser feita com grupos menores (entre os médicos de cada turno).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e individuais (produção primária de dados), seguindo o roteiro de questões apresentado no APÊNDICE A. As quais foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente, para que, então após leitura intensa, fossem analisadas. Estes materiais, gravação e transcrição, continuarão guardados em poder da pesquisadora, conforme os preceitos do comitê de ética.

Para preservar a identidade das entrevistadas, adotamos um artifício de identificação e apresentação das falas, usamos a letra E (entrevistada) para todos os participantes, seguida da ordem cronológica de realização das entrevistas. Assim, por exemplo, E1 representa a primeira entrevistada e E13 a última.

4.3- ASPECTOS ÉTICOS

O estudo teve início após prévia avaliação e autorização dos Comitês de Ética das instituições envolvidas.

Ressalta-se que haverá o resguardo do sigilo e não divulgação da identidade dos entrevistados, que assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Segundo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, é facultado o direito de desistir da participação em qualquer estágio da pesquisa, sem qualquer ônus para o participante. Destacamos a relevância da pesquisa no que tange a busca de conhecimento a cerca das relações de trabalho em ambiente hospitalar. Terminada a primeira etapa da pesquisa será divulgado resultado parcial para os participantes, por meio impresso. O material coletado será descartado após 5 anos do término da pesquisa.

4.4- ANÁLISE DO MATERIAL

Adotamos como procedimento para análise dos dados a “análise do discurso” (GILL, 2008), tendo como matéria de interpretação o discurso dos médicos de UTI neonatal. Para essa perspectiva, o discurso tem uma importância central na construção da vida social, “o discurso é construído ou manufaturado pelos diversos atores sociais” (GILL, 2008, p.247). A análise do discurso pode ser caracterizada como uma teoria crítica que trata da determinação histórica dos processos de significação. Tem como foco central de análise a relação entre linguagem e seu contexto de produção e procura problematizar as evidências revelando que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia. Minayo (2007) descreve a análise do discurso como, ao mesmo tempo, uma apropriação da linguística tradicional e da análise do conteúdo. Seguindo a linha de formulação da autora (Minayo, 2007),

constituímos o nosso corpus de pesquisa tomando como objeto, de análise e interpretação, o texto das entrevistas com os trabalhadores, do qual após sucessivas leituras foram extraídos os “núcleos de compreensão do texto” ou categorias empíricas de análise. Esses núcleos, que aparecerão destacados em negrito, apresentam relevância e significado para o objetivo analítico visado (Minayo, 2007). Deste modo, realizamos duas operações classificatórias dos materiais advindos das entrevistas: a primeira, onde destacamos tais núcleos, agrupando os trechos das entrevistas por homogeneidade e significações de semelhança. Quanto ao segundo procedimento classificatório, reunimo-nos sob um mesmo título que são nossos temas de análise, os quais foram denominados de eixos de análise, sendo eles: elementos da atual configuração do trabalho médico; o trabalho na UTI neonatal; a saúde dos médicos e a prática de automedicação; gênero no trabalho médico e na pediatria. Em síntese, organizamos a apresentação de nossos resultados por eixos de análise, e subdividimos cada eixo em categorias empíricas de análise, interpretando esses materiais em diálogo com a literatura.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organizamos a apresentação dos nossos resultados e discussões em quatro eixos de análise, a saber:

Eixo I- Elementos da atual configuração do trabalho médico

Eixo II- O trabalho na UTI neonatal

Eixo III- A saúde dos médicos: a prática de automedicação e a necessidade de espaços de diálogo

Eixo IV- Gênero no trabalho médico e na pediatria

Eixo I- Elementos da atual configuração do trabalho médico

“Você é humano.”

“E não colocar nas suas costas uma missão divina, porque você é humano. Essa história de sacerdócio atrapalha muito o próprio médico. A gente costuma ter uma exigência com a gente que não é normal e que não é justa.” E2

“É uma coisa que faz você ir pra frente, assim é meio que uma parte da sua alma. Eu não me vejo sem um trabalho assim.” E10

Nas entrevistas, identificou-se um núcleo de sentido comum, presente no discurso dos médicos entrevistados, em relação a se justificarem como humanos, como pessoas e profissionais com defeitos e fragilidades. A opção pela formação em medicina, ainda hoje, parece pressupor uma vocação que se assemelha à prática sacerdotal, conforme demonstrado no Juramento de Hipócrates proferido, até os dias atuais, pelos formandos de medicina durante a colação de grau.

(...) a promessa que se segue: estimar, tanto quanto aos meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar os meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração... Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringi-lo, que o contrário aconteça (HIPÓCRATES).

Esper e Rivero (2004) relacionam a decisão de se estudar medicina à existência de sentimentos humanitários como característica de personalidade. Os autores tomam como exemplo o caso do médico cubano, Ernesto Che Guevara. Sem entrar no mérito do debate a respeito dos traços individuais existentes na figura legendária de Che Guevara, o ponto que queremos realçar

no citado estudo está no modo de se associar a figura do herói ao fato de ser médico, reforçando certos mitos e valores em torno do exercício da medicina.

Por outro lado, segundo Dichi e Dichi (2006) a maioria dos estudantes de medicina procuram, de fato, a profissão médica por questões humanitárias, outros o fazem por motivos menos altruísticos, como *status* e recompensa financeira. Identificamos na fala dos entrevistados a expressão de sentimentos conflitantes que se colocam entre a “missão sagrada” e o trabalho concreto desgastante. Com efeito, existe um distanciamento entre os valores sociais relacionados à escolha pela profissão e a prática médica concreta em saúde.

Contudo, de acordo com Lima et al (2004) as exigências do trabalho do médico pode evidenciar uma quebra dos valores da dignidade, do espírito e da vontade. Para os autores o desgaste físico e emocional, a que estão esses trabalhadores submetidos, pode gerar um processo gradual de perda de energia, pois cada vez mais, o ambiente profissional prioriza valores econômicos em detrimento dos humanos. Atualmente, observam-se aumento na sobrecarga de horas de trabalho, remuneração incompatível com seu trabalho, divisão não equitativa das tarefas e dedicação excessiva a atividades que pouco acrescentam à carreira. De fato, o multiemprego e o aumento do número de horas trabalhadas, principalmente sob a forma de plantões ou mesmo do acúmulo de funções, foram observações compartilhadas nas entrevistas.

“Hoje em dia, pra valer a pena você trabalhar como médico, você tem que trabalhar muito”.

“Hoje em dia, pra valer a pena você trabalhar como médico, você tem que trabalhar muito. Então, o que acontece no consultório, por exemplo, é que você tem que atender um atrás do outro.” E12

“Não é legal na minha rotina de trabalho, que é muito pesada, porque faço plantão e rotina. Mas é legal porque além de ter a visão momentânea do plantonista, eu também tenho, eu me obrigo a ter, uma visão a médio e longo prazo, da rotina médica. (...) Com isso, eu acho que eu também consegui uma coisa que muitos profissionais não conseguem: eu juntei minha carga horária em um só lugar, uma identificação com esse lugar e não preciso ficar pulando de um lugar para outro.” E2

As transformações ocorridas na organização do trabalho médico evidenciam um cenário bastante desfavorável a esses trabalhadores: sobrecarga de trabalho, especialmente em atividades de plantão; condições de trabalho precárias, regidas preferencialmente pela remuneração por procedimento, especialmente no setor privado; baixa remuneração e elevada frequência de queixas físicas e psíquicas. As condições de trabalho e saúde observadas apontam para a necessidade de mudanças profundas na organização do trabalho médico (TEIXEIRA et al., 2008).

Quanto à observação da entrevistada: “pra valer a pena você trabalhar como médico, você tem que trabalhar muito”, salta aos olhos o aspecto referente a baixa remuneração médica. Essas percepções assemelham-se aos resultados de outro estudo (Sobrinho et al, 2006) segundo o qual a remuneração obtida com o trabalho médico pode ser considerada satisfatória. Entretanto, observou-se que, para obtenção de resultado financeiro, faz-se necessária uma sobrecarga de trabalho, gerando uma baixa remuneração por

hora trabalhada. Além disso, os autores fazem referência a atual situação, generalizada, de precarização do trabalho médico por meio da constatação do crescimento da informalidade desta atividade profissional, do aumento do trabalho por procedimento, da ampliação da subcontratação e da expansão da terceirização no setor público e por fim, da redução do trabalho médico na condição de assalariado. Contudo o que ocorre com maior frequência é a combinação dessas formas de inserção dos médicos no mercado de trabalho (Nascimento Sobrinho, Nascimento e Carvalho, 2005).

No tocante a remuneração médica, cabe também a observação relativa aos médicos pediatras, sujeitos do presente estudo, que Gusson e Lopes (2010) afirmam estarem submetidos a condições de trabalho indignas, sob o ponto de vista social e pessoal, obrigando-se à quantidade em detrimento da qualidade, diminuindo o vínculo com o paciente e predispondo-o ao erro médico.

“Por semana trabalho 144h”

“Eu de folga tenho o sábado. Vinte e quatro horas que eu tenho de folga (pensa), por semana, trabalho 144 horas.” E11

“Atualmente eu tenho tentado tirar dois dias da semana que eu faço coisas pra mim. Eu não trabalho domingo. Eu pus isso como objetivo: domingo eu não trabalho, é sagrado. É dia de ficar com meu marido, de ficar com minha família.” E4

Nas entrevistas ficou claro o excessivo número de horas trabalhadas pelos médicos. Em estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM (2007) constatou-se que a maioria dos entrevistados exercia até três atividades de modo simultâneo, e cerca de um quinto dos médicos dedicava de 61 a 100

horas por semana ao trabalho. Esta jornada está bem acima do estabelecido pela legislação trabalhista (CLT) no tocante ao padrão legal de 44 horas semanais. Percebe-se uma naturalização da ausência de pausas na rotina laboral médica. Trabalhar sem descansos parece ser considerado algo trivial, um hábito profissional, que foi mencionado pela maioria dos entrevistados, sem muita consideração crítica. Assim sendo, o trabalho ininterrupto é entendido como àquilo que se tornou parte da rotina do médico e quando se referem às folgas o fazem como algo sagrado e atípico.

Supostamente os médicos têm relativa autonomia para estabelecer seus momentos de pausa e descanso. Neste caso nos referimos tanto à pausa que acontece durante a jornada diária de trabalho, como a pausa que se sucede “fora” do período de atividade de trabalho. Na perspectiva ergonômica, a insuficiência de pausa repercute negativamente sobre a saúde e sobre a vida social desses profissionais, visto que para o trabalhador, a pausa não é somente um tempo destinada à recuperação, já que o organismo humano obedece a ritmos biológicos, ela tem igualmente um caráter social que favorece a trocas úteis e a emergência do campo criativo de trabalho (GUÉRIN et al., 2012).

Para Nascimento Sobrinho, Nascimento e Carvalho (2005) a autonomia do médico em relação ao mercado de trabalho é reconhecida como autonomia típica ou prática liberal. Entretanto, as mudanças ocorridas no modo de produção do trabalho médico promoveram uma crescente transformação no âmbito do sistema de produção estatal ou privado de serviços de saúde. Essas mudanças transformaram a forma de integração do médico no mercado de

trabalho, atualmente caracterizada pela perda progressiva da autonomia profissional.

Para Heller (2004) a organização do trabalho, os lazeres e o descanso, entre outros, são partes orgânicas da vida cotidiana. Na cotidianidade a atividade individual não é mais do que uma parte da ação mimética total da humanidade que, “construindo a partir do dado, produz algo novo, sem com isso transformar em novo o já dado” (HELLER, 2004, p.32). O problema para a autora, no que se refere à vida cotidiana, reside em saber se somos capazes de produzir um campo de liberdade individual, deixando de lado os costumes para configurar novas atitudes. Segundo Heller (2004) a vida cotidiana, de todas as esferas da realidade, é aquela que mais se presta à alienação produzida pela estrutura econômica de uma sociedade e suas circunstâncias sociais.

Neste ponto, destacamos a ideia de acordo com a qual as transformações técnicas e organizacionais do trabalho médico vêm se acelerando e gerando significativas consequências para a vida e saúde desses trabalhadores. Cabem ressaltar ainda, que nas entrevistas são mencionados pelos médicos participantes do estudo, a situação generalizada da ausência de vínculos trabalhistas estáveis e a precedência de escolha pela atividade de plantões, visto como trabalho assalariado com maior retorno financeiro, embora com uma carga maior de trabalho.

“Acho que agora já é um vício.”

“Não vou falar que é a coisa mais importante, porque a coisa mais importante pra mim são meus filhos. Mas posso falar que a segunda coisa mais importante é meu trabalho. Eu não consigo ficar, pensar assim, sem fazer nada. Não sei. Eu dependo muito do meu trabalho. Acho que agora já é um vício (o trabalho). Final de semana que não tem nada, o que é uma coisa rara, eu fico nossa, o que eu faço?” E9

“Sou um pouco workholic, se eu não estou trabalhando, não sei bem o que eu faço.” E3

Acerca da dedicação à profissão, observamos a presença de profissionais que não se reconhecem fora do ambiente de trabalho, como observou Machado (1997) sobre a medicina. Para a autora, poucas são as profissões, como a medicina, em que o mundo do trabalho se funde e por vezes se confunde com o mundo da vida. Tamanha dedicação pode, segundo Lancman e Sznclwar (2011), levar a perturbações psicopatológicas relacionadas ao trabalho, algumas com cunho compensatório ao sofrimento gerado pelo próprio trabalho deflagrando um mecanismo “autocalmante”, outras descritas como hiperatividade profissional, onde o próprio profissional afirma não conseguir por meios próprios, diminuir a carga de trabalho, que ele mesmo julga excessiva. Os autores fazem referencia ainda a dependência psíquica do trabalho, a compulsão e a incapacidade de gozar tempo de repouso, definido como *workaholism*.

No ângulo de compreensão da sociologia do trabalho, Friedmann e Naville (1973), reconhecem que a necessidade econômica é a forma dominante de compulsão ao trabalho na sociedade. Contudo, consideram que a mais alta aspiração da humanidade é a liberdade, sendo que o trabalho, em

sua atual forma, opõe-se, a essa aspiração. Os autores interrogam, a despeito das dificuldades, sobre como assegurar a expressão e o desenvolvimento da personalidade, durante o tempo livre? Friedman e Naville (1973) consideram imprescindível suscitar nos momentos de “não trabalho” a necessidade de cultura e de pensamentos livres nos trabalhadores.

Eixo II- O TRABALHO NA UTI

“a gente tem sempre que examinar (...), discutir (...) definir (...) observar (...) praticamente o tempo inteiro.”

“A gente tem sempre que examinar os pacientes, discutir, definir de acordo com o exame da criança no dia, definir a medicação e observar a criança praticamente o tempo inteiro.” E8

“(...) tem que fechar balanço, ter controle do que está entrando e saindo, passar a visita, discutir, depois ver internações e coletar exames...” E13

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são ambientes terapêuticos dotados de equipamentos com tecnologia de ponta e equipe multidisciplinar, que possui conhecimentos científicos relevantes e seguem protocolos específicos, dedicados a cuidar do paciente com graves condições de vitalidade. No caso do médico, este deve assumir o principal papel assistencial da criança, proporcionando cuidado, conforto e alívio do sofrimento, bem como atuar de acordo com os princípios éticos que norteiam a relação com a criança e seus pais ou representantes legais. Cabe ao médico plantonista, a responsabilidade pela assistência ao recém-nascido e sua família 24 horas por dia, realizar a triagem de pacientes para sua admissão e realização de procedimentos ‘não eletivos’, a coordenação das manobras de reanimação cardiorrespiratória, o atendimento a quaisquer intercorrências urgentes na unidade, manter a atualização dos registros de evolução e resultados de exames e sinais vitais dos pacientes. Como se vê, tais ambientes carecem de atenção especial por serem marcados por fortes emoções,

conflitos e sentimentos, requerendo da equipe de saúde, vigilância, respeito e sensibilidade (PIVA, 1998, p. 25; MARCONDES, 2002; LAMY FILHO, 2006, p. 111-113; TRAGANTE, CECCON, FALCÃO, 2010). Silva, Silva e Christoffer (2009) consideram a importância do cuidado dispensado não se restringir às disfunções, mas sobre a criança em sofrimento, convidando tais profissionais a terem um olhar mais amplo, mais generoso e mais humano buscando estratégias integradoras como a horizontalidade das ações, compartilhamento dos saberes e valorização do outro.

Analisando as falas em destaque, notamos aspectos relativos à organização do trabalho médico em UTI, com padrões rígidos, protocolares e estressantes. Sobrinho et al (2006), sob o aporte teórico da psicodinâmica (DEJOURS, 2004), apontam para a distinção entre os padrões operacionais típicos da medicina a partir da compreensão dos modos de organização do trabalho, a saber: o artesanal, o modelo taylorista/fordista e, mais recentemente, o modelo japonês. Em que pese o fato de acontecerem, na realidade, formas híbridas desses modelos, os autores observam que quando é possível definir o próprio ritmo e modos de executar as tarefas, personalizando o processo de trabalho, o que predomina é a criatividade e a inventividade. Esse tipo de comportamento é denominado livre e contribui para a realização e prazer, possibilitando um ajuste entre as exigências do processo de trabalho e a estrutura psíquica de cada um. Esse padrão operacional seria típico da medicina artesanal. Ao passo que quando ocorre o bloqueio do comportamento livre, por meio de processos de trabalho que adotam modos operatórios rígidos e padronizados, menos o trabalho representará para o indivíduo a possibilidade

de equilíbrio mental e mais próximo estará de constituir fonte de sofrimento. Esse outro padrão operacional seria típico do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho (DEJOURS, 2004). Nascimento Sobrinho et al (2006) afirmam, ainda, que a transformação do trabalho médico de um padrão artesanal para um padrão taylorista/fordista não deve ter ocorrido sem sofrimento psíquico dos médicos. Além desses dois modelos de organização do trabalho médico, os autores lembram as transformações decorrentes da implementação do novo padrão de organização do trabalho (modelo japonês), podendo ser apontado como possível fonte de risco à saúde mental dos médicos. Este modelo trouxe rápidas transformações como instabilidade na contratação e consolidação da remuneração variável (por procedimento). Por conseguinte poderíamos afirmar que as técnicas de organização do trabalho, baseadas nos princípios taylorista, fordista e o toyotista contribuíram para sucessivas configurações do labor médico, com efeitos sobre a saúde ocasionados pelo desgaste excessivo e a intensificação do trabalho. No caso específico do trabalho médico é preciso considerar, ainda, o apelo constante a decisões rápidas e a vigilância relativa ao funcionamento da UTI e vida dos pacientes. Embora existam orientações técnicas protocolares à consecução de tarefas, o trabalho médico tem inevitavelmente componentes de ordem afetivas, se caracterizando pela combinação do que Hardt e Negri (2005) denominam de “trabalho material” com “trabalho imaterial”. Segundo este autor os trabalhadores do setor saúde desempenham tarefas cognitivas e ainda realizam tarefas materiais como atividades de assistência e cuidado direto com os pacientes.

“É um setor que é o mais humanizado dentro da medicina.”

“O ambiente da neo, apesar de ser um ambiente estressante, é um ambiente que tem uma humanização. É um setor que é o mais humanizado dentro da medicina...” E13

Considerando o tipo de ambiente da UTI neonatal e estando a criança atendida, nem sempre doente, mas em estágio de desenvolvimento físico e psicoafetivo, algumas estratégias a fim de articular a qualidade técnica dispensada às técnicas de acolhimento foram lançadas pelo Ministério da Saúde em 2000, com o título de Manual de Assistência Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (BRASIL, 2002).

Contudo Souza e Ferreira (2010) apontam que os desafios para uma abordagem humanizada no âmbito da UTI neonatal são grandes, visto que a gestão de recursos humanos e o espaço físico constituem uma grande barreira, mas que, no entanto, não apagam o prazer de um trabalho bem realizado, principalmente quando reconhecido. A literatura atual reforça a ideia que existe uma “tendência mundial à humanização da medicina de alta tecnologia”. Assim sendo, os profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos tiveram que aprender com os prematuros e com os recém-nascidos de risco a aliar em seus cuidados a delicada interface entre os aspectos técnicos e os afetivos necessários para administrar a terapia que promova não somente a sobrevivência de bebês organicamente saudáveis, mas também o seu desenvolvimento neurológico e sua integração ao convívio familiar e social (BRASIL, 2000; COSTA E MONTICELLI, 2006).

As boas práticas referendadas na MBE (medicina baseada em evidências) compreendem desde práticas clínicas até aquelas que melhoram a qualidade relacional entre equipe e familiares, como visita da família estendida, estimulação para os pais participarem dos cuidados com seus filhos, encontro multidisciplinar com os pais (HENING, 2010).

Quanto à política de humanização, proposta pelo Ministério da Saúde (PNH), concordamos com Hennington (2008), ao afirmar que são muitos desafios, que exigem mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde. A autora considera que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, nessa linha de compreensão, deve-se pensar a produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades do labor do médico que envolve a utilização “intensiva” de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento, que parece ser inseparável do universo da saúde e da doença, da vida e da morte e com inevitáveis repercussões no corpo e na alma dos trabalhadores (HENNINGTON, 2008).

“O clima de tensão é uma coisa que incomoda”

“O clima de tensão é uma coisa que incomoda. Tem criança grave.” E4

“É porque a gente lida com aquela cobrança tanto nossa, quanto da família para com a gente.” E12

O tempo prolongado de hospitalização é outro fator potencialmente estressante, pois os pais antes inseguros em relação ao cuidado e a

sobrevivência de seus filhos (atenção materno-primária), agora por muitas vezes questionam e até criticam algumas condutas técnicas (atenção médico-primária), às vezes não “entendendo” possíveis intercorrências que ocorrem com os mesmos, levando a conflitos entre família e equipe (BRAGA e MORSH, 2006, p. 51-53).

Ademais é preciso considerar o tema da intensificação do trabalho do médico e suas repercussões na saúde. Para a ergonomia (Guérin et al, 2011) é cada vez mais freqüente, dentre os desafios conceituais e práticos colocados pelo mundo do trabalho, a questão da intensificação do trabalho. De acordo com os autores a acepção de intensificação está relacionada à mobilização das capacidades cognitivas e fisiológica dos trabalhadores. Entretanto, o sentido de intensificação quando empregado ao trabalho do médico intensivista parece sugerir um atributo natural a este tipo de labor. Para Dal Rosso (2006) a compreensão da noção de intensidade laboral requer focalização sobre a pessoa do trabalhador ou seus coletivos. Sempre que se fala em intensidade do trabalho deve-se voltar à atenção para a análise de quem trabalha. Do trabalhador é exigido algo a mais, um empenho maior, seja física, seja intelectual, seja psiquicamente. Portanto, a atenção carece estar centrada sobre quem trabalha, pois a intensidade do trabalho é mais que esforço físico, envolve todas as capacidades do trabalhador, de seu corpo, da sua afetividade e dos saberes adquiridos através do tempo ou transmitidos pelo processo de relações estabelecidas com outros trabalhadores e sem as quais o trabalho se tornaria inviável. Para o autor é imprescindível investigar mais a fundo os efeitos que a intensificação do trabalho produz sobre a saúde dos trabalhadores, já que, de acordo com as suas pesquisas, existe um padrão de

problemas a serem enfrentados no futuro com o trabalho imaterial intensificado, como: estresse, LER e DORT, gastrite, hipertensão, depressão, doenças permanentes decorrentes de tais agressões à saúde e muitos atestados de saúde.

“Lidar com a perda... pode ser uma rotina do seu trabalho.”

“É claro que o pior ponto negativo é perder paciente. É você lidar com a perda, de uma forma que não é pontual, ou que não é uma exceção, mas que pode ser uma rotina do seu trabalho. Criança grave morre em UTI. Isso não tem dúvida. Lidar com a perda, pode ser uma rotina do seu trabalho.”E2

“Todo mundo fala que médico aprende a lidar com a morte. Você aprende, mas tem coisas que você não aceita na hora. Às vezes passa pela sua cabeça, será que você precipitou?” E8

Para Silva, Valença e Germano (2010) qualquer perda representa um desafio ao processo de adaptação, requerendo uma reorganização que nos modifica e muda o curso de nossas vidas. E também pode nos preparar para uma perda de maior magnitude, como a morte. Porém, este processo apesar de “natural”, pois morrer faz parte da vida, assume outra conotação quando estamos nos referindo à morte de um recém-nascido.

Conforme Araújo et. al. (2005) a mortalidade infantil reduziu nas últimas décadas à custa do componente pós-neonatal, porém o componente neonatal tem se mantido estável por ser resultante de uma interação de fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, demográficos e de assistência à saúde, de difícil controle, tornando-se responsável por cerca de 75% das oito milhões de mortes de crianças com menos de 1 ano em todo o mundo. A maioria dessas mortes ocorre por problemas relacionados à assistência pré-

natal (pré-natal inadequado predispondo ao parto prematuro e infecção neonatal precoce).

Braga e Morsch (2006, p. 159) comentam que embora a medicina esteja voltada para a saúde de indivíduos e que a reação de cada pessoa a cada patologia é diferenciada frequentemente, ao se necessitar de cuidados médicos, espera-se da medicina uma precisão típica de uma ciência objetiva. Além disso, em nossa sociedade pouco se fala em morte, tornado-a um “tabu”, principalmente quando relacionada a crianças.

Basch e Lanner (2011) enaltecem a morte como o momento que mais desgasta a rotina do profissional no cotidiano de sua atuação. Por não serem imunes às reações emocionais tais profissionais constroem, como mecanismo de defesa, ao longo dos anos, uma “armadura”, por muitos entendida como “frieza”, a fim de omitir a existência um misto de sentimentos de impotência, culpa, fracasso, medo e, principalmente, a dificuldade e o despreparo para lidar com a situação, com as pessoas e com os sentimentos envolvidos. De acordo com os autores, estes sentimentos exacerbam-se quando o óbito ocorre durante a infância, visto que esta representa um ciclo de vida que não se cumpre, por ser mais desprotegida e por ser “símbolo da nossa imortalidade”. Na nossa sociedade, a morte é representada pelo pavor e pela necessidade imperativa e quase ritualizada de negação. O processo de socialização não concebe a morte e não prepara os indivíduos para sua vivência. Destarte, o despreparo sentido pelos médicos e por outros profissionais da saúde na abordagem da questão morte antecede a própria formação profissional.

Koifman (2001) ressalta a hegemonia do modelo biomédico na formação médica em detrimento de outras ciências como um importante fator

sobre este despreparo. Consoante à autora, há uma idealização da prática médica. Tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana: a consciência da fragilidade e a certeza da morte. A inclusão do social, do psicológico e do tema da morte, pode contribuir para uma visão diferenciada e mais abrangente de saúde, do que aquela voltada somente para as questões orgânicas.

“a gente fica um caco, juntando os pedacinhos... o problema é que a gente acostuma a tocar o barco.”

“Em relação às crianças é impossível não ter grau de envolvimento.” E5

“... a mãe tem que ter o luto e a gente tenta se preparar para consolá-la, mas muitas vezes a gente não se consola... e vai levando.” E6;

“... esse suporte psicológico que às vezes falta para os pais, falta mais para a equipe que está dentro de uma UTI.” E8

“... quando acontecem as coisas a gente fica estressada, a gente também fica arrasada, a gente fica um caco, juntando os pedacinhos... o problema é que a gente acostuma a tocar o barco.” E10

A partir da proposição da psicopatologia pode-se dizer que o trabalho se dá por um confronto com o real, que é gerador de sofrimento. Tal sofrimento pode ser patogênico quando este confronto se dá de forma repetitiva e insuperável ou produtor de saúde e prazer quando por meio de estratégias defensivas há superação desse sofrimento. Dentre essas estratégias está a resistência psíquica à agressão que assume na prática um papel de atenuação do sofrimento a partir de adaptação e a estratégia de defesa explorada, quando

se apropriar inclusive da defesa utilizada pelo trabalhador para superar o sofrimento que vivencia (LANCMAN E SZNELWAR, 2011, p. 167-184).

Partindo da fala dos entrevistados, entendemos que é cobrado da equipe oferecer um suporte psicológico às famílias, porém a própria equipe não é preparada para dar este apoio, nem tão pouco recebe este suporte, favorecendo ainda mais ao sofrimento na rotina laboral.

(...) ficar dentro de uma UTI você fica confinado.

“É positivo porque é o que eu realmente gosto de fazer. É o que eu quero fazer por muito tempo e o negativo, o ponto negativo é... são o cansaço, muitas vezes até confinamento, porque ficar dentro de uma UTI você fica confinado. Tem dia que não sei nem se fez sol, se fez chuva então são pontos negativos.” E4

A fala da entrevistada acima corrobora com a descrição tradicional, da maioria das UTIs, ambientes onde há quase total abolição do tempo e um isolamento do mundo exterior por apresentarem uma série de características específicas: muito ruído, desde as vozes de profissionais até os mais variados sons de alarmes das aparelhagens. Há também uma mistura de cheiros (desinfetante, medicamentos, materiais para assepsia e secreções) de combinação muitas vezes enjoativa. O ambiente é claro, iluminado artificialmente com luz fluorescente, com as janelas sempre fechadas e recobertas por um filtro, impossibilitando ver a luz do dia. A temperatura, geralmente mantida abaixo de 22°C, graças ação de ar condicionado, geralmente central (MOREIRA et al, 2006; TRAGANTE, CECCON e FALCÃO, 2010).

Espaço confinado é qualquer área ou ambiente não projetado para ocupação humana contínua, que possua meios limitados de entrada e saída, cuja ventilação existente é insuficiente para remover contaminantes ou onde possa existir a deficiência ou enriquecimento de oxigênio (NR-33, SEGURANÇA E SAÚDE NOS TRABALHOS EM ESPAÇOS CONFINADOS - aprovada pela Portaria MTE Nº 202, de 22/12/2006).

Tomando por base o texto das normas do trabalho, NR-5, NR-9, NR-17 e NR-32, o ambiente de UTI neonatal é considerado como “ambiente crítico hospitalar”, devido ao fato de atender pacientes em estado crítico de saúde e por apresentarem riscos ambientais capazes de causar danos à saúde e à integridade física do trabalhador em função de sua natureza, concentração, intensidade, suscetibilidade e tempo de exposição. Tais riscos são classificados em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou de acidentes de trabalho.

Contudo, os riscos biológicos são os de maior preocupação tanto pela CCIH (comissão de controle de infecção hospitalar) como pela “medicina do trabalho”, sendo para isso realizadas medidas educativas e preventivas como imunização contra hepatite B e influenza e o uso de EPIs, nem sempre utilizadas adequadamente. Ressalta-se que os demais riscos, embora não sejam menos importantes, nem menos lesivos, são, em geral, desconhecidos pelos trabalhadores. Além disso, vale lembrar a importância da elaboração coletiva de mapas de riscos como preconizado pelo Modelo Operário italiano (ODDONE et al, 1986), pois nem sempre os mapas de risco em hospitais são elaborados adequadamente com o necessário envolvimento dos trabalhadores

e/ou estão dispostos de forma adequada nas unidades (HÖKERBERG,et al 2006; ARIAS, SOULE, 2008; METELLO, VALENTE, 2011; MIRANDA E STANCATO, 2011).

Buscando “humanizar” estes ambientes para os pacientes, várias estratégias são sugeridas (determinação da “hora do silêncio”, colocação de pano sobre a incubadora para facilitar ciclo dia-noite, preferência por alarmes luminosos do que sonoros e agrupamento de cuidados de forma a abrir as incubadoras o mínimo possível para realizar procedimentos), a fim de reduzir as consequências principalmente para os pacientes, o que demanda ainda mais dedicação dos profissionais. (BRASIL, 2002; LAMEGO, DESLANDES e MOREIRA, 2005; COSTA E PADILHA, 2011).

“Eu gosto de fazer UTI, eu gosto. É uma coisa que você vê um resultado, quando você tem tudo na mão pra fazer pela criança”.

“É a satisfação do que eu faço. Eu gosto de fazer UTI, eu gosto. É uma coisa que você vê um resultado, quando você tem tudo na mão pra fazer pela criança, é uma coisa muito dinâmica e eu gostei muito disso. Gosto de trabalhar com isso. Atualmente eu gosto de trabalhar mais com UTI do que fazer atendimento de ambulatório, de consulta.” E3

“Se for comparar outra forma de plantão que é, por exemplo, pronto socorro, por pior que seja o plantão você tem um controle muita maior do que tá acontecendo do que num pronto socorro. Você arruma sua casa no começo do plantão e mesmo com as intercorrências você tem um controle maior do que tá acontecendo. Essa é a grande vantagem de UTI em relação a pronto socorro.” E5

Ao definir os neonatologistas, Mathelin (1999) refere que são os pediatras que foram trazidos pela paixão pela medicina de alta tecnologia. Em

concordância, Nogueira (2012) afirma que essa tecnologia pode ser vista como a extensão dos sentidos humanos e de suas funções motoras e sensoriais, expressando, portanto o desejo da medicina ocidental de dominar e controlar o corpo, seus processos naturais e suas doenças. Por sua vez, a assimilação de um padrão de medicina de alto tecnicismo induz a clientela a exigir do médico a inclusão de recursos sofisticados, tornando-o um operador da máquina ou mesmo um instrumento da máquina onde o paciente é visto como um objeto que viabiliza o funcionamento da máquina e a relação entre estes acontece em função do equipamento. É interessante observar que a despeito da polêmica sobre o uso de medicina de alta tecnologia e o declínio das relações humanizadas entre médicos e pacientes, os participantes das entrevistas se posicionam destacando o aspecto positivo dos aparelhos tecnológicos no que diz respeito ao trabalho do médico em UTIs. Percebe-se que a consciência da existência de mecanismos de controle para se atuar em possíveis intercorrências, no quadro de saúde dos pacientes internados, tem efeito positivo na economia psíquica desses trabalhadores. Por conseguinte, a carência de recursos no cotidiano laboral do médico é uma fonte de sofrimento desta categoria profissional, sobretudo se levarmos em consideração o desgaste emocional do médico em relação à possibilidade da ocorrência de “erro médico” (MINOSSI, 2009).

Veja ainda que se levarmos em consideração o sucateamento comum constatado nas unidades de atendimento em saúde no Brasil, como a superlotação das emergências e a falta de profissionais para o atendimento infantil, podemos considerar à Unidade de Cuidados Intensivos um ambiente hospitalar no qual se pode propiciar à população uma Medicina de excelente

qualidade. A título de ilustração, podemos citar alguns dos fatores que confirmam esta condição como: aparelhos com tecnologia de ponta, equipe especializada capacitada, medicamentos específicos para diversas condições de gravidade, possibilidade de realização de exames à beira do leito, como ecocardiograma e eletroencefalograma, e a prioridade para a realização e entrega de resultados de exames mais elementares, como os de laboratório e raios-X, além do suporte de médicos especialistas (cardiopediatra, endocrinopediatra, geneticista, neurocirurgião, entre outros). Ademais convém lembrar a concepção do neonatologista como um generalista. Outrossim, podemos considerar este, um setor privilegiado no âmbito hospitalar e cujos profissionais gozam de relativo status em relação aos demais (BAASCH e LANER, 2011).

“(...) o relacionamento com a equipe é o principal.”

“Eu acho que se a gente pudesse ter mais de um médico na UTI seria uma coisa melhor, tanto pra gente quanto pro paciente porque a gente poderia discutir mais as questões, você, acho que, você poderia implantar mais as rotinas, às vezes você trabalha sozinho, trabalha no limite, você sabe que não pode dar atenção que você deveria dar a todas as crianças, que você é um só. Isso é uma coisa que me incomoda um pouco. No outro serviço a gente trabalha em dupla e eu acho que funciona melhor. Você tem mais respaldo, discute mais os casos, às vezes o outro tem uma visão no momento que você não teve. Acho que quem ganha é o paciente...”E3

“Mudaria algumas vezes é um trabalho um pouco solitário também acho que mudaria um pouco isso, sempre ter alguém junto. É (pensa) sempre ter outro médico, alguém pra compartilhar. São coisas que eu mudaria: o ambiente, o clima, ter sempre uma companhia eu acho que seria legal são coisas que me incomodam às vezes.” E4;

“Eu acho assim, para você conseguir trabalhar bem né, o ambiente que você trabalha tem que ser bom, o relacionamento com a equipe é o principal. Se você tem uma equipe que trabalha bem com você né, tudo flui com mais facilidade. Se você tem uma equipe que a enfermagem não se adapta ao médico ou o médico não se adapta a equipe, isso tudo, eu acho que o principal é o relacionamento médico enfermagem, mas eu acho que o principal é isso. Se não for bom, tudo flui com dificuldade, eu acho”. E11

“Cada caso é um caso. A gente cresce em tudo, no relacionamento com as pessoas. Essa coisa de lidar com os colegas, você cresce muito, muitas diferenças (pensa).”E10

Embora o número de profissionais seja definido por normas técnicas bem estabelecidas (AMIB, 2009; SBP 2010; BRASIL, 2005) em relação à capacidade de funcionamento, os entrevistados pontuam a importância da presença de outro neonatologista no plantão não só para partilhar o serviço, mas também para compartilhar condutas de emergência, visto que o médico da rotina cumpre carga horária diferente.

A Unidade de Cuidados Intensivos é considerada uma unidade de elevada tensão e ansiedade, muitas vezes estressante, uma vez que os profissionais que nela atuam vivenciam situações complexas, pois seu cotidiano envolve casos de emergência, tempo prolongado de hospitalização e risco de morte. Assim, podemos incluir nos casos de emergência, por exemplo, o relacionamento com a equipe pode por um lado ser um facilitador, quando esta equipe está integrada, e por outro um fator potencializador de tensão, quando é deficitária. Fogaça (2010) conclui que médicos de UTI neonatal apresentam variáveis níveis de tensão psicológica, pois esta está

diretamente relacionada ao grau de interação social e emocional e da confiança que se estabelece entre os membros da equipe.

O trabalho em cooperação, entre membros de uma mesma categoria profissional (médico-médico) ou entre categorias diferentes (médico-enfermeira; médico- técnicos de enfermagem; médico-fisioterapeuta, entre outras) representa a vontade das pessoas de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho, sendo decisivo tanto em relação à eficiência do trabalho quanto à economia do sofrimento e favorecimento do prazer no trabalho (GUÉRIN et al, 2012; LANCMAN e SZNELWAR, 2011).

Conclusões semelhantes chegaram Silva, Silva e Christoffer (2009) quando afirmam que a importância do relacionamento interpessoal nos espaços do cuidado implica no resgate da subjetividade, mantendo nesses profissionais o encantamento e o prazer pelo trabalho realizado e a satisfação da família pelo cuidado e acolhimento recebido.

Eixo III- A SAÚDE DOS MÉDICOS: A PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO E A NECESSIDADE DE ESPAÇOS DE DIÁLOGO

“Médico sempre se automedica.”

“Muita automedicação, porque médico sempre se automedica. Não adianta dizer que não. Então a gente acha que sentiu dor, basta tomar um remédio e acabou a dor, como se tivesse acabado o problema e acha que é normal. É normal porque quem dá plantão e está em um monte de lugar vai dormir mal, vai viver mais cansado, vai ter mais dor de cabeça, vai ter mais dor nas costas, então é normal do trabalho. A gente aprende a achar que não está errado, que está tudo certo, que é isso que a gente vai passar quando resolve ser assim (plantonista).” E8

Diante de situações de urgência, por exemplo, pouco se atenta para a demanda da equipe de saúde no que concerne à instrumentalização não só técnica e física, mas também psicológica para o exercício profissional em um cotidiano de dor e perdas. Nessas situações, apesar de o paciente e sua família serem os pontos mais vulneráveis aos riscos e às ameaças da crise que vivenciam a equipe de saúde também se expõe ao estresse, sobretudo em relação à intervenção técnica (CABANA 2007).

Observamos que apesar da carga horária elevada, as entrevistadas buscam sempre que possível manter atividades de lazer e convívio familiar, atuando forma favorável sobre a manutenção da saúde. Consoante com o pensamento da psicodinâmica, os trabalhadores são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, enfim possuem capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e de reconstrução da realidade.

Gaspar et al. (1998) afirmaram, na década de 1990, que a maioria dos médicos plantonistas chegava a trabalhar 36h ininterruptas de plantão, sem pausas para descanso, o que contribuía para alterações de humor, com significativos prejuízos à vida pessoal e profissional. Atualmente, com a piora do cenário social acredita-se que esta situação esteja ainda mais perigosa e com maiores riscos para a saúde desses profissionais.

Conforme Barbosa, Massud e Carneiro (CFM, 2007), apesar de todo o conhecimento sobre as boas práticas para a saúde, o desgaste resultante de jornadas de trabalho exaustivas frequentemente leva os médicos a negligenciar a preservação de sua saúde, predispondo-os ao adoecimento em proporções até mesmo superiores às das pessoas a quem prestam assistência visto que suas atitudes frente aos sinais e sintomas de enfermidades costumam ser principalmente de autodiagnóstico e automedicação e/ou consulta informal com algum amigo médico. Nogueira Martins (2003) Pinto et. al (2010) e Luz et. al. (2012) consideram essas atitudes como características da ‘desadaptação’ dos profissionais frente aos fatores estressantes inerentes à prática médica. Observe que a ideia de “desadaptação”, como falta de adaptação, sugere a necessidade de se prover, no caso do trabalho dos médicos de UTI, à adaptação do trabalho ao trabalhador, como bem preconiza a ergonomia da atividade (GUÉRIN, et al 2011), rompendo com a concepção, oriunda da saúde ocupacional, de que o controle aos danos à saúde dos trabalhadores se efetivará caso o trabalhador se ajuste ao trabalho.

Corroborando com o acima exposto, em nossa entrevista apesar de não se considerarem doentes, as entrevistadas referiram queixas de insônia, distúrbios do sono, asma, cefaleia, dores musculares, alterações do humor,

sedentarismo, taquicardia, estresse, depressão, hipertensão arterial, gastrite, queda de cabelo e tensão. Outrossim, Teixeira et al (2008) nos chamam a atenção para o fato das profissionais médicas sofrerem de problemas emocionais mais que os homens e conseqüentemente consomem mais ansiolíticos e antidepressivos que estes.

Para Lima (2004), no ambiente de trabalho do médico destacam-se alguns agentes estressores que elevariam a possibilidade da ocorrência do burnout, considerada como uma resposta ao estresse laboral crônico, desencadeada pela falha ou insuficiência dos métodos de enfrentamento utilizados para lidar com os agentes estressores. Possui como características principais a exaustão emocional (primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho, que levam ao cansaço físico e emocional e dificuldade de relaxar), despersonalização (que se caracteriza por atitudes frias e negativas, ocorrendo um tratamento depreciativo com relação às pessoas diretamente envolvidas com o trabalho) e baixa realização pessoal (Benevides-Pereira, 2002). Ademais os médicos englobam um grupo especial de profissionais da saúde que buscam o perfeccionismo, sendo, muitas vezes, irredutíveis em suas atitudes, compulsivas e céticas. Finalmente deve-se considerar a grande cobrança da sociedade, que espera do médico um profissional infalível, gerando uma pressão por vezes insustentável no profissional levando-os a optarem por abandonar a medicina e buscarem outras atividades. Em pesquisa realizada pelo CFM (2007), 57% dos entrevistados apresentava algum grau preocupante para burnout, o que sugere que este abandono pode se dar devido a adoecimento laboral.

Destarte, o médico sueco Levi, consultor de estresse da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou, em 2003, o alto esforço e a baixa remuneração como algumas das causas do burnout. Afirmou que a solução para enfrentar esta situação estaria em ações integradas, que vão do comprometimento de cada um ao envolvimento da política de saúde, devendo ser traçadas políticas de prevenção para os altos níveis de estresse.

“ele acolhe, mas também tinha que ser acolhido.”

“Então, seria muito interessante para uma equipe ter esse tipo de acolhimento. Ele (o profissional) acolhe, mas também tinha que ser acolhido.” E1

“Sinto falta aqui, por exemplo, é de um espaço, de uma sala para a gente discutir as coisas, algo mais específico.” E10.

“Porque o médico está acostumado a só ouvir tudo de todos, mas ninguém para para ouvir a gente. A gente pode estar com problema e finge que não está porque a gente só fica absorvendo, ouvindo, ouvindo, ouvindo. Então, a gente precisava de alguém para ouvir a gente também.” E12

O sentimento acima retratado demonstra o quão importante é a adoção de medidas que auxiliem os profissionais a lidar com os aspectos subjetivos da prática assistencial, como o desenvolvimento de ações de promoção de saúde dos profissionais, levando em conta os fatores estressantes da atividade e o favorecimento das relações de trabalho em equipe. Desta forma o cuidado com o cuidador é fundamental para a prevenção de disfunções profissionais e para o aprimoramento da atividade assistencial, conforme colocado por Nogueira Martins (2011, p. 147).

Baseados na fala dos entrevistados e ainda tendo como referenciais tanto a perspectiva ergológica (Schwartz, Brito) de participação dos trabalhadores nos estudos sobre a saúde e a atividade de trabalho, quanto à proposta da ergonomia (Wisner, Guérin), de transformar o trabalho a partir da análise das estratégias utilizadas para encurtar a distância entre o trabalho prescrito e o real, constatou-se a necessidade de se criar um espaço, no próprio trabalho, para que os médicos falem sobre as suas queixas e problemas relacionados à saúde e ao cotidiano laboral.

Segundo Rios (2007) vários estudos com profissionais da área da saúde demonstram ser esta uma população particularmente susceptível ao sofrimento psíquico e estresse, devido ao trabalho, apontando para a necessidade de se criar dispositivos institucionais para seu cuidado. De acordo com a autora, tais dispositivos começam pela criação de espaços de fala e escuta, provocando descobertas por meio do diálogo. São espaços que devem tratar das inquietações decorrentes do trabalho cotidiano; grupos de caráter pedagógico sob a orientação de profissional qualificado para oferecer suporte social para as vivências laborais (SOUZA; FALLEIROS, 2011).

Eixo IV- Gênero no trabalho da UTI e a pediatria

“... acho que é uma especialidade que é da mulher.”

“(...) a UTI neonatal é o útero e a gente é a mãe daquele bebê. Por isso que a gente aguenta. Porque a mulher aguenta muita coisa. Mulher consegue dar conta de trabalhar, dobrar plantão, dá conta de filho, marido, casa... eu acho que é uma especialidade que é da mulher.” E13.

“Sempre brinquei de boneca. Então quando entrei para a medicina eu sabia que queria ser pediatra.” E12

A participação feminina na área médica teve significativo aumento a partir da década de 60, contudo temos observado um considerado aumento desse gênero nas últimas duas décadas. Entre as especialidades médicas reconhecidas as mulheres são, em sua maioria, pediatras (20,6%), ginecologistas e Obstetras (14%) e mais recentemente dermatologistas e médicas de família (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004; CFM, 2007). Também nestas pesquisas constatou-se que a maioria dessas mulheres tem entre 11 a 20 anos de formada e atuavam como plantonistas (41,6%), preferiam o casamento ou união estável e tinham até três filhos. Acredita-se que a Neonatologia por advir da Pediatria seja composta predominantemente por profissionais do sexo feminino, como mostra a pesquisa realizada por Lacerda, Barbosa e Cunha (2011).

Para Neves et. al.(2011) o tipo de qualificação exigido às mulheres incluem destreza, minúcia, paciência, cuidados com o outro, etc. Entretanto, por serem consideradas qualidades inatas (próprias da “natureza feminina”) e, desse modo, não adquiridas em canais institucionais de formação,

não são reconhecidas e valorizadas socialmente, deixando de explicitar que decorrem de uma aquisição coletiva, possibilitada desde a infância pelos trabalhos realizados no âmbito doméstico. Neste caso, atividades de “cuidados” e responsabilidades relativas à casa, ao esposo e aos filhos.

Segundo Chies (2010), nas especialidades da medicina de maior prestígio e que possuem melhores remunerações é menor o percentual de representatividade feminina, somente 30%. A pediatra é a 'dona de casa da medicina', assim o mito do instinto maternal tornaria a mulher mais calma, propícia à arte do 'cuidar', logo, apta a trabalhar com o tratamento de enfermos de doenças crônicas - pacientes que necessitam de um cuidado contínuo e próximo. Para a autora os homens, reconhecidos pela postura agressiva e sem titubeios, seriam adequados, por exemplo, à precisão necessária em manobras cirúrgicas.

Araújo e Rotemberg (2011) consideram que nas sociedades contemporâneas o trabalho dos homens e das mulheres ainda mantém características muito diferenciadas com atribuições de valor e de reconhecimento estruturadas com base nas diferenças de sexo, mesmo quando se analisa uma mesma ocupação. No hospital, por exemplo, observa-se o predomínio dos homens nas ações de tratamento desempenhadas pelos médicos, ao passo que as mulheres permanecem responsáveis pelas atividades de cuidado. Assim, estabelece-se uma divisão sexual do trabalho ancorada em concepções que estabelecem, por um lado, as funções masculinas baseadas em competências adquiridas no processo de qualificação e, por outro, as funções femininas cujas exigências permanecem ligadas às

qualidades do sexo. As autoras ressaltam que um elemento a ser melhor explorado para a adequada compreensão das relações entre trabalho e saúde refere-se à incorporação dos aspectos relativos ao trabalho doméstico, repercutindo no aumento da carga horária total de trabalho entre homens e mulheres. Corroborando com o exposto, Assunção (2011) afirma que as mulheres estão sobrecarregadas pelas tarefas domésticas e têm menos tempo para as atividades de lazer e repouso, o que prejudica a recuperação do organismo, repercutindo na saúde destas.

6- CONCLUSÃO

No presente estudo, foi possível constatar que embora historicamente a escolha da profissão médica tenha se dado predominantemente por questões humanitárias atualmente com a reconfiguração do mundo do trabalho o ambiente profissional prioriza valores econômicos que repercutem negativamente sobre os profissionais (perda de direitos trabalhistas, baixa remuneração, condições de trabalho desfavoráveis, sobrecarga de horas trabalhadas e funções) e sobre a qualidade do trabalho desempenhado predispondo à perda progressiva da autonomia profissional e da criatividade, ao erro médico e a redução do vínculo com o paciente.

O ambiente de trabalho da UTI neonatal, em especial, nos chama a atenção por associarem tecnologia de ponta e equipe especializada à atenção voltada à promoção de estratégias integradoras a partir do compartilhamento dos saberes e da valorização do outro a fim de promover redução da morbimortalidade e facilitar adequado desenvolvimento físico, psicoafetivo e social. Embora sejam considerados ambientes privilegiados dentro da estrutura hospitalar, o que por vezes gera prazer no trabalho, o confinamento, a tensão, a cobrança por resultados satisfatórios, a possibilidade constante da 'perda' do paciente e a falta de suporte psicológico favorecem ao desgaste profissional, agindo negativamente sobre sua permanência na profissão e sobre sua saúde. Percebemos que a relação entre a equipe e destes com os usuários é fator decisivo para a eficiência do trabalho e para transformação do sofrimento em prazer e satisfação no trabalho realizado.

Um fator observado e de grande relevância é a questão de gênero, visto que esta é uma especialidade predominantemente feminina, inclusive por influências culturais, porém com reconhecimento aquém do esperado pelos trabalhadores, inclusive financeiro. A dupla ou tripla jornada também é observada, podendo influenciar negativamente sobre a saúde dessas profissionais.

Desta forma, verificou-se que o desgaste causado pela organização do trabalho nesses setores favorece a alienação e a perturbações psicopatológicas, que podem ser deflagradas por mecanismos autocalmante, por hiperatividade profissional ou até mesmo por dependência psíquica, assim como aos profissionais a negligenciarem a própria saúde, predispondo-os ao autodiagnóstico e à automedicação em níveis variados.

Podemos concluir que a falta de condições adequadas do trabalho e que equívocos na organização laboral local colocam em risco o esforço de se manter a atividade laboral com qualidade, ocasionando repercussões na saúde dos trabalhadores, principalmente se as estratégias de defesa utilizadas parecem não estar sendo suficientes (DEJOURS, 1994; LANCMAN e SZNELWAR, 2011). Porquanto, existe o reconhecimento de que o trabalho em UTI é marcado por emoções, conflitos e sentimentos, requerendo da equipe permanente vigilância à saúde dos trabalhadores da saúde.

Constatamos que as condições de trabalho e saúde observadas neste estudo apontam para a necessidade de mudanças profundas na organização do trabalho médico, necessitando de políticas e ações tanto no âmbito estrutural quanto no próprio local de trabalho.

Por fim, a proposta de grupos de diálogo, no próprio espaço de trabalho, pode proporcionar a criação de ambientes favoráveis ao compartilhamento por meio da fala e da escuta, possibilitando uma dinâmica na qual o trabalhador venha a ser sujeito da construção de estratégias (individuais e coletivas) para transformação, como nas palavras dos trabalhadores, da “situação limite” em que se encontram o labor e a saúde dos médicos de UTI.

REFERÊNCIAS

BAASCH, D; LANER, AS. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v16, supl.1, 2011, p. 1097-1105.

BARBOSA, G.A. et al. (Org.). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, 1979.

BATISTA, R. S. *Desuses e Homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. Landy. São Paulo, 2003.

BENEVIDES-PEREIRA, AMT, org. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde: *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru*/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança- Brasília (DF), 2001.

_____. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. 2ª edição- Ministério da Saúde, 2009.

_____. *HumanizaSUS- Política Nacional de Humanização*/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização- Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

____ RHSUS- Política de Recursos Humanos de Saúde: Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS/Secretaria Executiva, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS- Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria no. 3.214. Diário Oficial da União 08/06/1978;

____ Portaria no. 25. Norma Regulamentadora no. 9 – RISCOS AMBIENTAIS. Diário Oficial da União; 29/12/1994.

____ Portaria nº 202. Norma Regulamentadora Nº 33 - SEGURANÇA E SAÚDE NOS TRABALHOS EM ESPAÇOS CONFINADOS. Diário Oficial da União; 27/12/2006.

BRITO, J. A Ergologia como Perspectiva de Análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: MINAYO, CG; MACHADO, JMH; PENA, PGL. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea Brasileira, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011, p. 479-494.

CABANA, M.C.F.L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. J. Bras. Psiquiatr. [online]. 2007, vol.56, n.1, pp. 33-40.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta. 6 ed. rev., Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 2010.

CARNEIRO, M. B. e GOUVEIA, V. V. (Org.). O médico e o seu trabalho. Brasília, DF. Conselho Federal de Medicina. 2004

CHIES, P. V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Rev. Estud. Fem.* 2010, vol.18, n.2, pp. 507-528.

COOMBER, S et al. Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anesthesia*. UK, v89 n6, 2002, p.873-881.

COSTA R, MONTICELLI M. O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. *Rev. Bras. Enferm.* 2006, v. 59, n. 4, p. 578-582.

COSTA, R.; PADILHA M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2011, v.32, n.2, p. 248-255.

CZRESNIA, D. Categoria Vida: reflexões para uma nova biologia. FIOCRUZ/UNESP, Rio de Janeiro/São Paulo, 2012.

DAL ROSSO, S. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Trab. educ. saúde.* 2006, vol.4, n.1, pp. 65-92.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* Tradutoras Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo, Atlas, 1994.

_____. O trabalho como enigma. In: Lancman S, Sznclwar L, (org). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília. Editora Paralelo 15; 2011. p. 127-140.

DICHI, J. B.; DICHI, I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. Rev. bras. educ. med. [online]. 2006, vol.30, n.2, pp. 93-97.

EMBRIACO, N et al. High Level of Burnout in Intensivists Prevalence and Associated Factors. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. New York (USA), v175 n 7 Abril/ 2007, p. 686-692.

ESPERT, A. F. y RIVERO, C. F. El humanismo del Che. Rev Hum Med [online]. 2004, vol.4, n.2, pp. 0-0.

FIDALGO, T. M.; Silveira, E. D.; Silveira, D.X. Uso indevido de drogas entre médicos - um problema ainda negligenciado. Jornal Brasileiro de Psiquiatria (UFRJ. Impresso), v. 57, p. 00-01, 2008.

FOGAÇA, M. C. et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v20 n3, 2008, p. 261-266.

_____ Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: o equilíbrio entre esforço e recompensa. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2010, v. 18, n.1, 6 telas.

FRIEDMANN, G., NAVILLE. Tratado de sociologia do trabalho. São Paulo, Cultrix, 1973, v1.

GIANNOTTI, V. História das lutas dos trabalhadores no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad x, 2009.

GIL, AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo. Atlas, 2010.

GILL, R. Análise do discurso. In: Bauer, M. (Org.); Gaskell, G. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis, RJ, Vozes, 2008, p. 244- 270.

GOMES, M. A. M. Organização da Assistência Perinatal no Brasil. In: MOREIRA, MEL; LOPES, JMA; CARVALHO, M. (Org.). O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004, p. 21-48.

GUÉRIN, F. et al. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo, Edgard Blücher/Fundação Vanzolini, 2012, 6ª reimpressão.

GUSSON, A. C. T.; LOPES, J. C. Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo. Rev. paul. pediatr. 2010, vol.28, n.1, pp. 115-120.

HARDT, M., NEGRI, A. Multidão: Guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005. 530p.

HELER, A. O cotidiano e a história. São Paulo, Paz e Terra. 2004.

HENNIG, M. A. S. ; GOMES, M. A. S. M. ; MORSCH, D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru e cuidado centrado na família : correspondências e especificidades. Physis. 2010, v.20, n.3, p. 835-852

HENNINGTON, E. A.. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev. Saúde Pública. 2008, vol.42, n.3, p. 555-561. 2008.

_____ Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador de saúde em tempos líquidos. In: MINAYO, CG

(Org.); MACHADO, JMH (Org.); PENA, PGL (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea Brasileira, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011, p.433-452.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v23n4 abr/2007, p.757-766.

LACERDA, J. C., BARBOSA, A. P. e CUNHA, A. J. L. A. Perfil profissional do intensivista pediátrico no Estado do Rio de Janeiro, sudeste do Brasil. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(4): 462-469.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. Ciência e Saúde Coletiva. 2005, v. 10, n. 3, p. 669-675.

LAMY FILHO, F. A equipe da UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L. (Org.); BRAGA, N.A. (Org.); MORSCH, D.S. (Org.). Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. 1reimpressão, Coleção Criança, Mulher e Saúde, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003, p.107-116.

LANCMAN, S (Org.); SZNELWAR, L. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Tradução de Frank Soudant. Brasília, editora Paralelo 15/ Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011.

LANSKY, S; FRANÇA, E; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão de literatura. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v36 n6, 2002, p.759-772.

LIMA, F.D. Características da incidência da Síndrome de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Florianópolis, SC; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina.

LIMA, F.D. et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online]. 2007, vol.31, n.2, pp. 137-146.

LUZ, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. *Saude soc.* [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 22-31

LUZ, T. C. B. et al. Consumo de medicamentos por trabalhadores de hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012, v.17, n.2, p. 499-509.

MACHADO, M.H. Perfil dos médicos no Brasil. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

MARX, K. Contribuição à Crítica da Economia Política. Editora Martins Fontes, 1977, p.198-217.

MATHELMIM, C. O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Editora Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 1999.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v25n5, 1991, p.341-349.

MERHY, E. E. et al. (Org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed., São Paulo, Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed., São Paulo, Hucitec/ Abrasco, 2007.

____ (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed., Coleção Temas Sociais, Petrópolis, RJ, Vozes, 2010.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v13, Supl.2, 1997, p.21-32.

MINOSSI, J.G. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009, v.6, n.1, pp. 90-95.

MIRANDA, E. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2008, vol.20, n.1, pp. 68-76.

MOREIRA, M. E; BOMFIM, O. L.; LLERENA JÚNIOR, J. Esperando um bebê de risco. In: MOREIRA, ME; BRAGA, N; MORSCH, D. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006, p. 107-116.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006, vol.52, n.2, pp. 97-102.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 2005. v.28, n.2, p.129-135.

NOGUEIRA, M. I. Trabalho em saúde e trabalho médico: especificidades e convergências. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2012, vol.36, n.3, pp. 414-422.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v1n1, jul/set, 2003, p. 56-68.

ODDONE, I. et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo, Hucitec, 1986.

PINHEIRO, R. Em defesa da vida: : modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *Physis* [online]. 2001, vol.11, n.2, pp. 123-166.

PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v13, Supl.2,1997, p.59-72.

RIOS, I. C. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *Physis*. 2007, vol.17, n.2, pp. 251-263.

SABINO, C.; LUZ, M. T. O ambulatório no discurso dos médicos residentes: reprodução e dinâmica do campo médico. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1357-1375.

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia- Conversas sobre a atividade humana. Coordenadores de tradução e revisão técnica: Brito, Jussara; Athaide, Milton; 2ª edição, Niterói,RJ, UFF, 2010.

SILVA, L. C. S. P.; VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente à morte do recém-nascido. Rev. bras. de enferm. [online] Brasília. 2010. V. 63 n.2

SOUZA, K. M. O; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010, vol. 15, n.2, p.471-480.

SOUZA, K.R.; FALLEIROS, I. Para uma Práxis Educativa em Saúde do Trabalhador. In: VASCONCELLOS, L.; OLIVEIRA, M.H. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam 2011. p. 559-598.

TIRONI, M. O. S et al. Trabalho e síndrome de estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Revista Associação Médica Brasileira. v55 n6, 2009, p.656-662.

TRAGANTE, C. R.; CECCON, M. E. J; FALCÃO, M. C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. Jornal de Pediatria. São Paulo, 2010, v. 32, n.2, p.121-130.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definição, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, v39 n3, São Paulo, 2005, p. 507-514.

WISNER, A. Questões epistemológicas em ergonomia e em análise do trabalho. In: DANIELLOU, F. A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos, São Paulo, editora Edgar Blücher, 2004, p. 29-56.

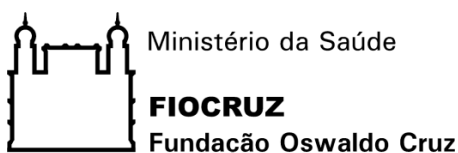
APÊNDICE A – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ENTREVISTA

1. Qual o significado do seu trabalho, para você?
2. Fale-me da sua rotina de trabalho, destacando aspectos que você considere positivos e negativos.
3. Se você pudesse mudar algum aspecto da organização de seu trabalho o que você faria? De que forma?
4. Você relacionaria alguma atividade do seu trabalho, em particular, a alguma queixa de saúde?
5. No seu local de trabalho (na UTI) como você acha que as pessoas estão defendendo-se para não adoecerem? E você, desenvolve alguma estratégia para sua saúde?
6. Há algo que você não tenha dito ou que tenha lembrado agora, que você acha ser importante ser dito agora?

DADOS DE PERFIL DOS ENTREVISTADOS

- 1- Sexo:
- 2- Idade (anos):
- 3- Formação:
- 4- Tempo de atuação
- 5- Estado civil:
- 6- Nº de filhos:
- 7- Carga horária semanal de trabalho

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (^a) está sendo convidada (a) a participar da pesquisa “A Perspectiva de Saúde e Trabalho dos Médicos de UTI Neonatal de um Hospital Público do Rio de Janeiro” coordenada pela pesquisadora Ana Paula Ferreira da Rocha, agora denominada pesquisador responsável. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção.

Você foi selecionado(a) por pertencer a equipe médica da UTI neonatal selecionada para a pesquisa, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador. Não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Não haverá nenhum custo, a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Sua participação é voluntária, portanto, você não será pago por sua participação na pesquisa.

Os objetivos deste estudo são os de conhecer a perspectiva sobre a saúde e o trabalho dos médicos de UTI Neonatal, a partir da interpretação desses profissionais, contribuindo também para a produção de conhecimento nesta área.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas da entrevista face a face realizada pela pesquisadora responsável. Não haverá riscos físicos, morais ou outros agravos a sua pessoa, associados a esta pesquisa. A elaboração da análise final para apresentação e publicação será precedida de relatório preliminar e apreciação junto aos respondentes, visando propiciar meios para que pesquisador e respondentes se apropriem da compreensão dos dados gerados pelo estudo.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão geração de conhecimento visando interpretar o significado do trabalho na vida desses

profissionais assim como compreender as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para a defesa de sua saúde e a partir de então buscar junto aos gestores locais formas de promover a saúde dos trabalhadores.

Os dados coletados serão mantidos em formato eletrônico, sob tutela do pesquisador responsável pela pesquisa de forma confidencial, e após cinco anos, descartada. Estes dados serão usados para a avaliação do estudo e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada, de forma que as informações não sejam usadas em seu prejuízo e/ou do corpo gerencial da instituição participante da pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos, detalhes e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas questões foram respondidas. Eu recebi uma cópia assinada e datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constam os telefones e endereço institucional do pesquisador responsável.

Ana Paula Ferreira da Rocha
Pesquisador Responsável - CPF 027.157.647-23
Tel.: 24 – 7834.7927, 3343-1645
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480.
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21041-210
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP
Andar térreo. Tel. 2598.2863.
Mail: cep@ensp.fiocruz.br
http: www.ensp.fiocruz.br/etica

Participante da Pesquisa

Assinatura: _____

Data: ____/____/____