

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Dando nó em pingo d’água: os nós da enfermagem em uma unidade neonatal a partir do ponto de vista da atividade”***

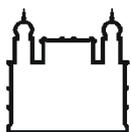
*por*

***Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes***

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

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Rotenberg  
Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Santos Silva Oliveira  
Terceira orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Gomes*

*Rio de Janeiro, março de 2014*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***“Dando nó em pingo d’água: os nós da enfermagem em uma unidade neonatal a partir do ponto de vista da atividade”***

*apresentada por*

***Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Noélia Silva Ladislau Leite

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Osorio da Silva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Cruz de Brito

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elida Azevedo Hennington

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Rotenberg – Orientadora principal

*Tese defendida e aprovada em 25 de março de 2014.*

*Dedico este trabalho à equipe de enfermagem da Unidade Neonatal do IFF que foi a minha inspiração e que muito contribuiu para a construção desta pesquisa.*

Agradeço a Deus por estar ao meu lado durante esta caminhada, principalmente nos momentos difíceis em que pensei em desistir.

Ao meu esposo Carlos, ao meu filho Eduardo, à minha mãe Lidia e à minha irmã Claudia, que me cercam com amor e carinho e me deram o suporte e o incentivo necessários para que eu pudesse prosseguir nesta árdua jornada de desafio, construção e conhecimento. Amo vocês!

À dona Laura, que muito contribuiu com orações que me ajudaram a manter o foco e superar as dificuldades.

Às minhas orientadoras Lúcia, Simone e Luciana, pelas orientações inesquecíveis recheadas de conhecimentos, contribuições valiosas e estresse dosados na medida certa para a construção desta pesquisa.

Aos meus anjos da guarda Adriane Sportitsch, Elisa Fraga e Suze Sant`Anna, com suas importantes participações na minha jornada.

À amiga Mary, pela amizade e apoio incondicional, sempre acreditando na minha capacidade.

À Edneia e Marcelle, por me apoiarem e me substituírem na maestria da equipe em momentos fundamentais.

À Nazaré, Claudia Alexandre, Roberta, Cynthia e João, por me escutarem nos momentos de estresse e por proporcionarem momentos de descontração.

À Jack, pelo apoio e pela valiosa contribuição na formatação e na redação final do texto.

À Sonia, Vania, Léo, Osvaldo e Dona Neuci, que além de me incentivarem, cuidaram do meu filho nos momentos de ausência dedicados a este trabalho.

Aos meus amigos Sonia, Marquinho, Anastácia e Marcelo, que muitas vezes reclamaram da minha ausência e que não aguentavam mais o doutorado, mas sempre me apoiaram e me deram força para continuar.

Ao meu querido amigo Marco Calazans, pelas palavras de incentivo e pela sua peculiar disposição em ajudar ao próximo. Obrigada pelo banner.

Aos colegas de doutorado Margareth Elias, Leonardo Sant'Anna, Ana Paula Prange, Luciana Cavanellas, Tatiana Neves e Andrea Quadrelli, pela troca de conhecimentos e espírito de solidariedade durante este percurso.

À Fátima, do Serviço de Arquivo do IFF, pela disponibilidade em buscar informações fundamentais para a justificativa deste estudo.

Aos funcionários do NUSTIFF e do SRH do IFF, que sempre me acolhiam com palavras de incentivo, principalmente nos momentos mais estressantes.

À Rita de Cássia, funcionária da biblioteca da ENSP, pelo acolhimento, colaboração e incentivo.

Às Professoras Doutoras que compuseram a banca examinadora, pela disponibilidade, críticas construtivas e tempo dispensado.

Um caminho como este se percorre com muita ajuda, investimento e amigos.

Muito obrigada!

*“Não é mudando as ideias que se mudam as práticas,  
mas é transformando as práticas que se mudam as  
ideias”.*

*(F. Dubois)*

Nesta tese buscamos compreender o sentido do trabalho para os trabalhadores de enfermagem de uma Unidade Neonatal, a partir do ponto de vista da atividade. Utilizamos a perspectiva ergológica desenvolvida por Yves Schwartz como alicerce para compreender e analisar a atividade de trabalho, além de incorporarmos alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho proposta por Christophe Dejours. Desenvolvemos um estudo no âmbito da pesquisa qualitativa, no qual a produção de dados ocorreu através dos dispositivos de Oficinas de Fotos e de Encontros sobre o Trabalho. Constatamos que os trabalhadores dão verdadeiros *nós em pingo d'água* diante das condições de trabalho. Estes *nós* abrangem uma dimensão de identificação, enfrentamento e resolutividade de problemas. Neste contexto, classificamos estes *nós* em sete categorias: os *nós* referentes à ambiência, os *nós* referentes à Unidade Intermediária Canguru, os *nós* referentes à superlotação, os *nós* referentes aos protocolos, os *nós* referentes ao cuidado com a criança crônica, os *nós* referentes ao trabalho em equipe e os *nós* referentes ao reconhecimento profissional. Nos Encontros, os trabalhadores revelaram como utilizam o engajamento do corpo e mobilizam a inteligência para reagirem nas diferentes situações de trabalho, transgredindo as prescrições para dar conta do que deve ser feito. Esse engajamento de si é invisível para a hierarquia e para o próprio trabalhador, mas extremamente necessário para gerir as diferenças entre o que é demandado e o que se passa na realidade. As vivências do sofrimento estão relacionadas com a área física obsoleta, a superlotação frequente, a fragilidade do trabalho em equipe e a falta de reconhecimento. A busca do sentido do trabalho envolve a transformação do sofrimento em prazer com a realização de confraternizações durante o plantão, o reconhecimento do trabalho pelos próprios trabalhadores e o reconhecimento do trabalho pelos familiares no momento da alta. Para enfrentar as adversidades do cotidiano, constroem sistemas de defesas como, por exemplo, o passeio no pátio com o chamado binômio mãe-bebê e a comemoração do “mesversário” da criança crônica. A pesquisa empreendida, conjuntamente com a experiência concreta de gerenciamento da Unidade Neonatal, apontou algumas pistas para o desenvolvimento de uma gestão coletiva de trabalho com a incorporação dos saberes dos trabalhadores produzidos na atividade. Os resultados revelaram que a compreensão da história e do saber de cada trabalhador no desenvolvimento da atividade favorece tanto o reconhecimento do investimento que o trabalhador faz de si quanto fortalece sua identidade pessoal e social, possibilitando, assim, a construção do sentido do trabalho.

Palavras-chave: Unidade Neonatal, enfermagem, atividade, saúde do trabalhador, ergologia, psicodinâmica do trabalho.

This thesis aims to understand the meaning of work for nursing staff working at a Neonatal Unit, from the point of view of the activity. The theoretical framework that underpinned the reflections came from the ergological approach proposed by Yves Schwartz and the psychodynamics of work developed by Christophe Dejours. A qualitative study was conducted, in which data production was based on the techniques of Photo Workshop and Meetings on Work. We observed that workers really have to make do with their challenging working conditions. These make-dos comprise a dimension of identity, coping and problem solving. We have classified these make-dos into seven categories: make-dos related to ambience, make-dos related to the Intermediate Unit Kangaroo, make-dos related to overcrowding, make-dos related to protocols, make-dos related to the care of chronic children, make-dos related to teamwork, and make-dos related to professional recognition. In the meetings, the workers showed how using the engagement of the body and mobilize the intelligence to react in different situations transgressing the requirements to give an account of what must be done. This engagement of itself is invisible for the hierarchy and for the worker, but extremely necessary to manage the differences between what is demanded and what is happening in reality. The suffering is related to the obsolete physical area, the overcrowding, the fragility of teamwork and lack of recognition. The search for the meaning of the work involves the transformation of suffering in pleasure with the realization of get-togethers during the shift, the recognition of work by the workers themselves and the recognition of the work by family members at the time. To face the adversities of everyday life, build defense systems such as the walk in the courtyard with the so-called binomial mother-baby and the commemoration of the more one month of the life of the chronic child. The research undertaken, in conjunction with the concrete experience of managing the Neonatal Unit, pointed out some clues to the developing a collective management of work, with the incorporation of knowledge workers knowledge produced in the activity. The results show that understanding the history and knowledge of each worker in the development of the activity favors both the recognition of the investment that the workers make themselves as strengthens their personal and social identity, thus enabling the construction of the meaning of work.

Keywords: Neonatal Unit, nursing activity, worker health, ergology, psychodynamic work .

Introdução	14
1. Abordando a atividade	21
1.1 Contribuições do Movimento Operário Italiano e da	22
1.2 Contribuições da Ergologia	26
1.2.1 A saúde sob um olhar ergológico	32
1.3 Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho	35
1.4 O sentido do trabalho	38
2. Contextualizando a assistência nas Unidades Neonatais	43
2.1 O trabalho da equipe de enfermagem	46
3. Ferramentas metodológicas	49
3.1 Unidade de estudo	51
3.2 Participantes do estudo	53
3.3 Produção do material	55
3.4 Análise do material produzido	74
4. Resultados e sua análise	77
4.1 Os <i>nós</i> referentes à ambiência	83
4.2 Os <i>nós</i> referentes à Unidade Intermediária Canguru	97
4.3 Os <i>nós</i> referentes à superlotação	103
4.4 Os <i>nós</i> referentes aos protocolos	118
4.5 Os <i>nós</i> referentes ao cuidado com a criança crônica	123
4.6 Os <i>nós</i> referentes ao trabalho em equipe	129
4.7 Os <i>nós</i> referentes ao reconhecimento profissional	144
Considerações finais	157
Referências bibliográficas	163
Apêndices	172
Anexos	177

## *LISTA DE FIGURAS*

---

Figura 1 – Apresentação da pesquisa para as trabalhadoras	56
Figura 2 – Trabalhadoras classificando as fotografias	59
Figura 3 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SD1	68
Figura 4 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SD2	69
Figura 5 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SD3	70
Figura 6 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SN1	71
Figura 7 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SN2	72
Figura 8 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SN3	73
Figura 9 – O corredor central do 3º andar do prédio assistencial do IFF	82
Figura 10 – Os pés representando desgaste físico	84
Figura 11 – Visão panorâmica da UTIN	85
Figura 12 – Bancada da UTIN	86
Figura 13 – Recém-nascido sendo amamentado	88
Figura 14 – Porta de entrada da UTIN	89
Figura 15 – Aparelho para medição do ruído ambiental	96
Figuras 16 – Mães da UIC passeando no pátio da Instituição	101
Figuras 17 – Mãe da UIC passeando no pátio da Instituição	101
Figura 18 – Visão de um dos boxes da UTIN	106
Figura 19 – Bomba infusora desconectada da rede elétrica	110
Figura 20 – Gaveta com material incompleto	111
Figura 21 – Trabalhadora repondo material antes do cuidado ao RN	112
Figura 22 – Expressão da trabalhadora perante a escala	114
Figura 23 – Expressão das trabalhadoras perante a escala	115

Figura 24 – A trabalhadora e a criança crônica	127
Figura 25 – Trabalhadora da equipe de manutenção de serviços hospitalares	130
Figura 26 – Trabalhadora da equipe dos serviços administrativos	131
Figura 27 – Telefone representando fator de sofrimento	132
Figura 28 – Trabalhador de outro setor representando fator de sofrimento	133
Figura 29 – Demonstração do trabalho permeado por cooperação	135
Figura 30 – Coletivo de trabalho	137
Figura 31 – Trabalhadora novata na equipe	142
Figura 32 – A alegria de segurar o filho no colo	145
Figura 33 – O prazer das trabalhadoras advindo do contato com o bebê e a família	147
Figura 34 – Recém-nascido com proteção nasal confeccionada com hidrocolóide	149
Figura 35 – Ventilador do vestiário	153
Figura 36 – Um momento de prazer: a alta hospitalar	155
Figura 37 – Razão do cuidado: o recém-nascido	156

## *LISTA DE QUADROS*

---

Quadro 1 – Características do grupo de participantes	54
Quadro 2 – Quantidade de fotografias por plantão	57
Quadro 3 – Duração do encontro para análise das fotografias	61
Quadro 4 – Realização dos Encontros sobre o Trabalho	67

## *LISTA DE SIGLAS*

---

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BI	Berçário Intermediário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Polos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MOI	Movimento Operário Italiano de Luta pela Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-Nascido
SD	Serviço Diurno correspondente ao horário de 07 às 19 horas
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SN	Serviço Noturno correspondente ao horário de 19 às 07 horas
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UI	Unidade Intermediária
UIC	Unidade Intermediária Canguru
UN	Unidade Neonatal
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Trabalhando há dezenove anos na área de enfermagem neonatal, observo e sofro as mudanças no mundo do trabalho e questiono como os trabalhadores conseguem gerenciar os desafios do seu cotidiano e retornar no plantão seguinte. Como parte integrante do universo da área da Saúde, venho refletindo sobre as questões relativas ao trabalho e à relação entre o trabalhador e a sua saúde. Estas questões são atravessadas pelas contínuas mudanças na assistência ao recém-nascido (RN), que são brevemente descritas a seguir.

As Unidades Neonatais (UN) foram criadas com o objetivo de atender recém-nascidos em risco iminente de vida, e com a incorporação contínua de tecnologias cada vez mais potentes, têm conseguido salvar e prolongar a vida desses pacientes. O uso de tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença dos pais e o atendimento de RN cada vez mais prematuros estabelecem uma relação complexa entre máquinas, trabalhadores, pacientes e suas famílias. Apesar dos avanços tecnológicos, o trabalhador de enfermagem não é liberado de seu trabalho manual, que precisa estar sempre presente. O trabalho de cuidar muitas vezes não é perceptível porque não resulta em produto, e sim serviço. O resultado do cuidado é no corpo de outra pessoa e as respostas dependerão de cada um em particular e de tempo para visualizar esses resultados.

Especialmente na Unidade Neonatal, locus deste estudo, os resultados alusivos ao cuidado demandam maior tempo para serem visualizados. Isto decorre da peculiaridade desta Unidade no que se refere à clientela composta por recém-nascidos prematuros de muito baixo peso – que nascem antes da 37<sup>a</sup> semana gestacional e com peso menor que 1500g - ou que apresentam algum tipo de malformação ou necessitam de procedimento cirúrgico (Anexo 1). As malformações são consideradas como distúrbios congênitos ainda sem explicação específica, apesar de avanços da genética médica e molecular. Podem ser neurais, cardíacas, intratorácicas, gastrointestinais, geniturinárias, esqueléticas e cromossômicas (Reis, Santos e Mendes, 2011). Esse tipo de clientela aumenta consideravelmente o índice de morbimortalidade, podendo levar ao

sofrimento do trabalhador, uma vez que a sua possibilidade de proporcionar alívio ao sofrimento alheio encontra-se mais limitada.

Os trabalhadores de Saúde das Unidades Neonatais vivenciam situações difíceis, uma vez que seu cotidiano envolve casos de emergência, risco de morte e tempo de internação prolongado, aumentando o vínculo entre o trabalhador, o paciente e sua família (Carvalho, 2006). Isto pode gerar, segundo minha experiência, sentimentos de impotência perante os limites da assistência.

Aspectos da organização do trabalho em termos da divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, sistema hierárquico e relações de poder, somados aos objetivos e metas da instituição podem levar a repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Osório (2006) adverte que “os trabalhadores de enfermagem, diante da falta de tempo para cumprir todas as tarefas, passam a desenvolver o trabalho de modo mecânico ou emergencial”. Aliada a esta questão, a fragmentação no processo de cuidar, devido à padronização prescrita de tarefas entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem, colabora para a perda do significado de uma assistência integral por um mesmo trabalhador.

A equipe de enfermagem também enfrenta o estresse decorrente das várias responsabilidades assumidas durante o seu trabalho, pois atua como o elo entre a equipe multiprofissional (Ribeiro, 2008). Assim, detém quase a totalidade das informações relativas às condições do ambiente de trabalho e do processo assistencial, organiza o ambiente do cuidado, além de cuidar e apoiar com segurança o recém-nascido e a sua família durante o tempo crítico de permanência no hospital.

Gomes (2011) afirma que “muito se tem avançado sobre tratamentos e cuidados oferecidos à clientela neonatal, porém ainda há muito que se fazer no que diz respeito à saúde dos trabalhadores neste tipo de unidade”. Acrescenta que boa parte das pesquisas em Unidade Neonatal é sobre procedimentos, infecções hospitalares, causas de mortalidade ou sobre a relação das mães com o bebê e/ou a equipe, e que poucos estudos abordam o sofrimento dos trabalhadores, o processo de trabalho, a saúde mental e as condições de trabalho.

No cotidiano vivencio situações que poderiam levar à desmobilização para o trabalho como a superlotação que caracteriza os serviços públicos, o aumento no índice de absenteísmo com conseqüente sobrecarga para os demais trabalhadores, a (des) organização do processo de trabalho e as inadequações nas condições de trabalho.

Porém, o que presencio são trabalhadores *dando nó em pingo d'água*, ou seja, embora as circunstâncias pareçam desfavoráveis, os trabalhadores sempre dão um “jeitinho” (Vianna, 2013) para fazer o que deve ser feito, desenvolvendo habilidades para lidar com inúmeros desafios.

Diante deste universo de desafios surgiram algumas inquietações: o que permite este trabalho continuar acontecendo apesar de tudo? Que percepção de prazer e sofrimento permeia o cotidiano desses trabalhadores? De que estratégias os trabalhadores de enfermagem lançam mão para construir um sentido frente às dificuldades no cotidiano deste ambiente potencialmente gerador de sofrimento? Que repercussões sobre a saúde destes trabalhadores podem advir decorrentes de sua atividade?

Na tentativa de desvendar *o que estava acontecendo nesta Unidade Neonatal*, além de acreditar na hipótese de que o trabalho não poderia ser somente fonte de sofrimento e doença, mas também via de prazer, busquei me instrumentalizar no que tange as relações entre a organização do trabalho, as condições em que este se realiza e as repercussões no processo saúde-adoecimento dos trabalhadores.

Antes de ingressar no curso de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), procurei aporte teórico nas teorias clássicas de motivação, que apesar de orientarem para um diagnóstico situacional, avaliam individualmente o trabalhador e não o projetam para o ambiente de trabalho para realizar uma avaliação mais geral. Trata-se de abordagens que não dão conta de compreender o trabalho em sua complexidade, ou seja, não permitem compreender a dimensão de escolhas e de valores na atividade de trabalho.

Numerosas teorias têm sido elaboradas para tentar explicar a motivação no trabalho. Tamayo e Paschoal (2003) afirmam que “essas teorias não levam em consideração a dinâmica entre o trabalhador e o seu trabalho, ao tentar explicar como a motivação leva as pessoas a agirem de forma a alcançar seus objetivos”. Na concepção de Revuz (2010) os gerentes, na maioria das vezes, pensam em uma maneira de motivar as pessoas no trabalho, mas esquecem de que na verdade a questão está relacionada à maneira como as organizações de trabalho tratam os sujeitos influenciando significativamente na motivação. A pergunta adequada seria: o que as pessoas demandam do trabalho? Qual o lugar do trabalho em suas vidas para que sejam capazes de nele mergulhar?

Neste contexto, buscando uma nova direção para investigar o trabalho, como aluna de doutorado na linha de pesquisa Saúde e Trabalho, no campo Saúde do Trabalhador, tive a oportunidade de conhecer instrumentais teóricos e metodológicos que visam estudar e intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, a partir da atividade de trabalho, incorporando a experiência e a subjetividade do trabalhador, por meio de sua participação nas pesquisas e ações. Isso implica em conhecer como o trabalho é realizado e sob quais relações sociais. Trata-se, neste sentido, de interpretar e combater os danos à saúde, mediante mudanças no processo de trabalho e também nas relações sociais que o envolvem (Brito, 2011).

Para desvendar o caráter enigmático do trabalho em meio à complexidade que envolve a dinâmica da Unidade Neonatal, junto com as orientadoras, optei por analisar a atividade da equipe de enfermagem a partir da perspectiva ergológica. Tendo Schwartz como seu principal mentor, esta perspectiva surgiu na França na década de 80, no contexto socioeconômico das mudanças do trabalho na Europa, tais como: o declínio do taylorismo, o surgimento de novas técnicas e tecnologias e a diminuição do tamanho das empresas, com conseqüente redução na oferta de empregos. Tem como objetivo melhor conhecer e, sobretudo, melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las (Schwartz, 2010a).

Transformar efetivamente o trabalho passa pelo enriquecimento da representação dos atores de uma organização a respeito do trabalho real, por acordos, compromissos, novas formas de projetar, gerenciar, comprar, avaliar, considerando a atividade de trabalho como fonte de informações e como objetivo. Guérin e cols (2001) complementam que transformar significa contribuir para a concepção de situações de trabalho que promovam a saúde dos trabalhadores, e nas quais estes possam exercer suas competências ao mesmo tempo num plano individual e coletivo, além de vivenciar possibilidades de valorização de suas capacidades.

O conceito de atividade sob o aspecto ergológico é uma concepção que atravessa diversas áreas de conhecimento. É um conceito de circulação multidisciplinar que pretende instrumentalizar e redescobrir fronteiras, objetos e metodologias diversas, sobretudo no mundo do trabalho: que vai das múltiplas macrogestões inteligentes às tomadas de referências sintéticas, ao tratamento das variabilidades, à hierarquização dos gestos e dos atos e às construções de trocas com a vizinhança humana (Souza, Velloso e

Oliveira, 2012). Trata-se de um conceito que oferece uma perspectiva para refletir sobre os problemas alinhados à dinâmica trabalho-saúde.

Lhuilier (2012) considera “que existe um efeito de invisibilidade do trabalho real que acaba por alimentar a negação das origens e processos árduos no trabalho e dos riscos, contribuindo desta forma para o agravo da saúde”. Acessar ou refletir sobre as complexidades da relação trabalho-saúde, na perspectiva da atividade, significa não camuflar qualquer dado utilizado para a execução do trabalho, sendo fundamental ultrapassar as concepções prescritas e os estudos que se atém apenas às prescrições e não a sua execução.

Buscando ampliar o conhecimento dos aspectos invisíveis do trabalhar, acrescento a contribuição da Psicodinâmica do Trabalho – abordagem desenvolvida na França por Christophe Dejours – referente aos mecanismos de cooperação, seus entraves e possibilidades, os esforços empreendidos pelos trabalhadores para zelar pelo bom andamento da produção, os processos de reconhecimento, a relação entre o prazer e o sofrimento no trabalho, a mobilização subjetiva e da inteligência, além dos processos de identificação e realização de si no trabalho.

Estas abordagens têm como base a Ergonomia da Atividade que busca analisar o trabalho no momento do seu desempenho para transformá-lo no contexto de suas situações (Guérin e cols, 2001). Nessa perspectiva, prioriza não só a compreensão da atividade, mas também a organização formal e informal dos trabalhadores para a realização das tarefas. Os trabalhadores recorrem a seu patrimônio coletivo de experiências a fim de se antecipar tanto às variabilidades que surgem no momento de realização das atividades e que não foram previstas ou catalogadas pela elaboração teórica, quanto aos possíveis equívocos da prescrição do trabalho. A situação de trabalho, portanto, não se refere apenas à tarefa e a seu ambiente físico, mas também à dimensão histórica em que a atividade se processa.

A atividade humana é sempre lugar de debate de normas antecedentes e renormatizações que traduzem uma releitura do prescrito, que são influenciadas pelos valores e escolhas do trabalhador. Schwartz (2010d) chama a atenção para o fato de que sempre haverá uma forma singular de realizar determinada atividade. No trabalho ocorrem experiências de formação e transformação de homens e mulheres, em que estes amadurecem, crescem como seres humanos, identificam-se socialmente, são educados para a vida. O trabalho é, portanto, um espaço constituinte da individualidade desse

trabalhador e possibilita ganhos e aquisições fundamentais para os diversos contornos de sua formação.

Acreditando que compreender a atividade significa abrir o leque de possibilidades de mudanças que poderão trazer repercussões positivas na vida dos trabalhadores e na instituição em que estão inseridos, este estudo tem como objeto a atividade dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Neonatal.

A investigação da atividade envolveu os seguintes objetivos:

- Compreender o sentido do trabalho para os trabalhadores de enfermagem da Unidade Neonatal a partir da atividade;
- Dar visibilidade ao cotidiano da atividade destes trabalhadores, a partir de uma discussão entre os conceitos científicos e a experiência prática sobre as condições de trabalho;
- Identificar, a partir do olhar dos trabalhadores da equipe de enfermagem, as situações potencialmente geradoras de sofrimento e de prazer no trabalho;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para lidarem com as variabilidades das situações de trabalho.

De forma a melhor discorrer sobre o tema proposto, a tese foi estruturada em quatro capítulos, além da introdução, considerações finais e referencial bibliográfico.

O capítulo 1 apresenta uma abordagem da atividade a partir das contribuições da Ergologia e da Psicodinâmica do Trabalho, inserindo o conceito de saúde proposto por Canguilhem. Traz também uma reflexão sobre o sentido do trabalho a partir do olhar dos estudos de Dejours.

O capítulo 2 aborda um pouco da história da neonatologia, mostrando como as inovações tecnológicas contribuíram para os avanços no cuidado neonatal, além de abordar o complexo trabalho realizado pela equipe de enfermagem no desenvolvimento desse cuidado.

No terceiro capítulo, foi delineado o caminho metodológico para a produção e análise dos dados. O quarto capítulo concentra os resultados, com suas respectivas análises, que foram divididos em sete categorias para uma melhor discussão: os *nós*

referentes à ambiência; os *nós* referentes à unidade intermediária canguru; os *nós* referentes à superlotação; os *nós* referentes aos protocolos; os *nós* referentes ao cuidado com a criança crônica; os *nós* referentes ao trabalho em equipe; e os *nós* referentes ao reconhecimento profissional.

As considerações finais sintetizam as análises e expõem as contribuições e limites desta tese.

## 1. ABORDANDO A ATIVIDADE

---

*“A atividade humana atravessa o biológico, o psicológico e o cultural, o individual e o coletivo, o fazer e os valores, o privado e o profissional, o imposto e o desejado, porque o fazer é impregnado de valores, o privado se articula com o profissional etc. Logo, a atividade de trabalho não pode ser vista apenas de um ângulo; compreendê-la exige o diálogo entre diferentes disciplinas, abordagens e campos de saberes, envolvendo necessária e sistematicamente os protagonistas do trabalho em análise.”*

*(Yves Schwartz)*

Buscando fundamentos para desenvolver uma análise que possibilite compreender o sentido construído pelos sujeitos deste estudo sobre sua atividade, abordaremos o Movimento Operário Italiano de Luta pela Saúde, a Ergonomia da Atividade, a Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho que têm como objetivo compreender a situação de trabalho, considerando a relação entre o sujeito, o trabalho e o meio. Essas concepções incorporam a ideia de que para transformar e melhorar as situações laborativas em que estão inseridos os trabalhadores, na perspectiva de intervenção, é necessário conhecer de perto as situações de trabalho.

A análise do trabalho fundamentada no ponto de vista da atividade, a partir dos problemas colocados e das trajetórias possíveis suscitados no encontro com situações de atividade humana, permite-nos defrontar com a riqueza e complexidade da existência humana, detectar potencialidades e vislumbrar possibilidades de transformação de algumas formas atuais de conceber, em nossa sociedade, tanto o trabalho como o humano (Souza e Veríssimo, 2009). Para lidarmos com essa complexidade devemos reconhecer a necessidade de uma reflexão entre as disciplinas e os saberes que admita a incompletude do conhecimento científico existente sobre a atividade dos homens e mulheres em situação de trabalho e sobre a dinâmica que nela está envolvida.

Ao trazer para o campo de debates a ideia de que o conceito de atividade é fundamental para pensar a produção da existência humana, ressaltamos que a Ergologia apresenta-se como perspectiva indispensável nesse debate que aliada às contribuições da Psicodinâmica do Trabalho possibilita compreender melhor a riqueza e os limites das situações de trabalho.

### ***1.1 CONTRIBUIÇÕES DO MOVIMENTO OPERÁRIO ITALIANO DE LUTA PELA SAÚDE E DA ERGONOMIA DA ATIVIDADE***

---

Para compreender como a ergologia entende a atividade de quem trabalha, é fundamental conhecer os seus referenciais de base: o Movimento Operário Italiano de Luta pela Saúde (Odone e cols, 1986) e a Ergonomia da Atividade (Guérin e cols, 2001).

O Movimento Operário Italiano pela Luta pela Saúde (MOI) originou-se na década de 1960, a partir da *Confederazione Generale Italiana del Lavoro*, cuja principal bandeira de luta era o controle da nocividade dos ambientes de trabalho. Influenciado pelo número alarmante de acidentes de trabalho, nas décadas de 1950 e 1960, o MOI nasceu com a proposta de romper com o paradigma segundo o qual a defesa da saúde ficava exclusivamente a cargo das instituições oficiais.

A partir de 1961, o movimento operário assume uma forma mais organizada com a concorrência dos próprios trabalhadores, sindicalistas, técnicos e outros atores sociais no campo da política. Sua concepção básica é a de que o trabalhador deve ser o protagonista da atividade de trabalho por ser capaz de desenvolver a competência de identificar e avaliar os efeitos nocivos dos riscos do trabalho sobre sua saúde, tomando suas próprias decisões sem precisar delegá-las. Mediante o conhecimento de sua realidade, pode mobilizar-se coletivamente para a transformação das condições de trabalho via reivindicação operária, contratação coletiva e luta sindical.

É a partir dessa perspectiva que o médico e psicólogo italiano Ivar Oddone (Odone e cols, 1986) se propõe a pensar em métodos indiretos de investigação dos ambientes de trabalho. Criou um dispositivo de confrontação-cooperação entre saberes

denominado de *comunidade científica ampliada*, na tentativa de viabilizar o encontro de trabalhadores e pesquisadores para a construção conjunta de novas possibilidades de saber sobre as situações de trabalho, com o objetivo de elaborar intervenções nas questões de saúde do trabalhador em locais de trabalho.

Segundo Brito (2011), a obra de Oddone foi determinante para Schwartz, para quem o conceito de comunidade científica ampliada permitia ter uma visão menos reducionista do trabalho. Entretanto, Schwartz mostra alguns de seus limites, que de forma geral estão ligados às mudanças do contexto histórico em que a experiência italiana se desenvolveu, apesar de reconhecer a importância científica, cultural, social e política do conceito.

Uma das limitações citadas por Schwartz (2000) refere-se à ideia de que o conhecimento sobre a atividade de trabalho pertence ao domínio científico no sentido clássico, levando à ocultação das diferentes competências e saberes do conjunto de sujeitos envolvidos. Para o autor, o conceito de comunidade científica ampliada oculta um pouco tanto as competências próprias de cada um dos parceiros quanto à dificuldade do projeto de fazer com que os protagonistas trabalhem conjuntamente.

Nas comunidades científicas ampliadas, havia algo que contribuía para esse trabalho conjunto: a consciência de classe e os valores emancipatórios da classe operária via militância sindical. Porém, atualmente, os parceiros não são mais somente militantes operários; são também desempregados, trabalhadores do setor de serviços e profissionais de diversos ramos, inclusive gerentes, microempresários, cooperativados etc. O autor acredita que a cooperação não pode ser fundada de maneira exclusiva nas relações com os sindicatos. Foi assim que ele deu visibilidade ao fato de que o MOI operava com um terceiro polo – ético-epistêmico –, naquele caso dinamizado pelo sindicato. A partir deste conhecimento, o autor propõe um novo dispositivo visando a articulação entre as diferentes disciplinas científicas (polo dos conceitos), os saberes e valores gerados pelas experiências dos trabalhadores nas atividades (polo das forças de convocação e de validação) e o polo das exigências éticas e epistemológicas, que propicia o encontro fecundo dos dois primeiros.

As contribuições oriundas da Ergonomia têm como base um conjunto de conhecimentos sobre o ser humano no trabalho – fisiologia, psicologia, funcionamento cognitivo – e uma prática de ação. Para Daniellou (2004), mais precisamente, a ergonomia tem por objetivo definir as regras do trabalho. No entanto, transformar o

trabalho é a missão primeira da ação ergonômica, pois é na ação que os saberes ganham sentido, é na ação que se concretizam, é da ação que devem partir para lá poderem chegar.

Construída a partir de dois radicais: ergon (trabalho) e nomos (leis ou normas), a palavra ergonomia designa uma ciência do trabalho. Dessa forma, a ergonomia não é a simples aplicação tecnológica de conhecimentos produzidos por outras disciplinas. Contudo, é necessário interrogar-se sobre a cientificidade dos conhecimentos que ela mesma produz. A ergonomia é comumente definida como uma disciplina que busca a adaptação do trabalho às pessoas, ela mostra que o trabalho efetivamente realizado é sempre singular. Portanto “a ergonomia não vê o homem como uma variável de ajuste, mas procura agir nas situações de trabalho para que elas contribuam para permitir ao homem crescer” (Daniellou, 2004).

A Ergonomia passou a ser objeto de estudo a partir do momento em que o homem sentiu necessidade de se adaptar aos novos esquemas de trabalho, gerados pelas crescentes mudanças nos processos produtivos. Pode-se dizer que a ergonomia passou, então, por diversos estágios de evolução, sempre propondo soluções que acompanhassem os avanços tecnológicos.

Em vários países, estudiosos propuseram os mais variados conceitos e definições sobre a Ergonomia, observando e respondendo às necessidades e carências locais. A forma de atuação e intervenção da Ergologia também se deu de acordo com o momento histórico e econômico de cada país. Essencialmente desenvolveram-se duas vertentes de estudo: a Ergonomia Clássica (americana e britânica), que estuda os componentes humanos do sistema homem-máquina, e a Ergonomia da Atividade (franco fônica) cujo foco é a atividade humana.

A Ergonomia da Atividade propõe 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 ação ergonômica leva em consideração os trabalhadores, individual e coletivamente, como protagonistas de seu trabalho; compreende a autonomia como fonte de aprendizagem. Tem como preocupação a transformação do trabalho que se fundamenta sobre a análise e leva em conta a pluralidade de visões e posições. Favorece

a transformação das representações sobre o trabalho, permitindo que, no decorrer da ação, constitua-se um ponto de vista mais integrado e conjunto, compartilhando responsabilidades, que toda conduta de mudança implica.

Uma das grandes contribuições da Ergonomia da Atividade para a compreensão do trabalho humano foi a diferenciação entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Brito (2009a) descreve que o conceito de trabalho prescrito ou tarefa refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O trabalho prescrito é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Consiste naquilo que se deve fazer em um determinado processo de trabalho.

O trabalho real ou atividade é aquilo que é posto em jogo pelos trabalhadores para realizar o prescrito (Brito, 2009b). Desenvolve-se em função dos objetivos fixados pelos trabalhadores a partir do que lhes foi prescrito. Segundo a autora, o esforço sinalizado na expressão “trabalho real” está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício do cotidiano de trabalhar. Nesse sentido, é dada ênfase ao papel dos sujeitos como protagonistas ativos do processo produtivo, e não apenas um fator ou um recurso humano. Mesmo no caso de tarefas repetitivas, cabe ao trabalhador fazer regulações/ajustes e desvios que garantam a continuidade da produção. Isso implica o questionamento de expressões, como trabalho manual ou trabalho de execução, que não assinalam o caráter ativo, calcado na mobilização cognitiva e afetiva do trabalhador.

Nas condições reais de trabalho, o trabalhador se encontra com uma série de variabilidades que deverá gerir, seja em relação ao sistema técnico, à organização de trabalho, às suas diferenças individuais, aos seus coletivos de trabalho, além de outros eventos não previsíveis ou identificáveis. Para dar conta das variabilidades no trabalho, é preciso fazer uma regulação, que significa fazer muito mais do que simplesmente executar uma tarefa. A regulação é a gestão das variabilidades, alterando os modos de fazer o trabalho para preservar as normas de segurança na consecução do objetivo final do trabalho.

A singularidade do resultado da atividade de um trabalhador decorre daquilo que o trabalhador investe na atividade, trazendo sua marca, sempre pessoal, naquilo que realiza, baseada nos seus valores e na sua história. Deste modo, a matéria prima do

trabalho não é para o trabalhador uma página em branco; habitualmente ele lê, sente, percebe o traço da atividade de seus companheiros de trabalho no objeto que recebe e deixa nele a marca de seu próprio trabalho. A importância dessa dimensão, segundo Guérin e cols (2001), é essencial para o sujeito, pois o significado de sua atividade, ao concretizar-se no resultado, vai impregnar de sentido a sua relação com o mundo, fator determinante da construção e da produção de sua subjetividade.

Portanto, a atividade reflete algo fundamental na situação de trabalho, tendo em vista que a realização das tarefas leva os sujeitos a integrarem as prescrições e os constrangimentos às características de seus conhecimentos. Abrahão e cols (2013) enfatizam que a partir de sua atividade e dentro de limites, os sujeitos modificam o sistema. Desta forma, a atividade é uma síntese dos mais diferentes aspectos que a modulam.

## ***1.2 CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA***

---

Diante das mudanças nas características do trabalho, a perspectiva ergológica surgiu a partir de inquietações trazidas por um pequeno grupo de pesquisadores franceses - Yves Schwartz, Daniel Faita, Bernard Vuillon e Jacques Duraffourg. As discussões abordavam a questão “o que é o trabalho?” e a necessidade de construir um acesso mais profundo e rigoroso ao mundo do trabalho, ao que era trabalhar para avaliar a transformação em curso expressa pelo declínio parcial do taylorismo e pelas mudanças tecnológicas.

Para avaliar essa mudança, tornou-se imperativo aproximar-se do trabalho de modo diferente dos moldes acadêmicos já instituídos. O que começou a ser construído, a partir de então, foi um constante vai-e-vem entre saberes acadêmicos sobre o trabalho e os saberes engajados dos trabalhadores no mundo do trabalho. Trata-se de outra maneira de ver o trabalho, focando o ponto de vista da atividade do trabalhador.

As referências de base para a Ergologia são as pesquisas realizadas por três importantes pesquisadores: o psicólogo Ivar Odonne, o médico e ergonomista Alan Wisner e o filósofo e médico Georges Canguilhem. A proposta de discussão pluridisciplinar sobre o trabalho, que visava compreender a necessidade de interlocução

entre saberes científicos e saberes dos trabalhadores para solucionar problemas nos locais de trabalho, tem como base a experiência de Ivar Odonne com o MOI, conforme já mencionado no tópico anterior.

A influência das discussões de Alan Wisner refere-se a um dos pressupostos da Ergonomia da Atividade referente à análise da relação homem-trabalho e os desdobramentos desse encontro para a saúde dos trabalhadores. No que concerne à saúde, a ergologia se baseia na discussão da filosofia das normas de Georges Canguilhem que traz um olhar sobre a subjetividade humana. Dessa filosofia, a ergologia incorpora, também, o debate de normas, que se torna o ponto de confluência dos valores do trabalhador no confronto com as normas de trabalho.

A partir da influência desses pesquisadores, Schwartz (2010d) aponta que a Ergologia surge com uma proposta de análise da atividade de trabalho no momento de seu desempenho, para observar que forças se articulam nesse momento, como o trabalhador se envolve e como ele convoca saberes que não estão prescritos ou normatizados, mas que são saberes acumulados pela experiência e pelo seu convívio social para executar sua atividade de trabalho.

O conceito de atividade, na Ergologia, se torna importante para a inteligibilidade da história e modo de intervenção, possuindo três características essenciais: transgressão, mediação e contradição (Schwartz, 2005). A primeira traz a concepção de que nenhuma disciplina pode monopolizar a atividade, tendo em vista que ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores. A mediação traz as lógicas entre todos os estes campos, assim como entre o micro e o macro, o local e o global. A terceira característica refere-se ao lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências às renormatizações ressingularizadas pelos seres humanos.

A atividade é marcada por quatro proposições (Schwartz, 2010d). A primeira se refere à distância universal entre o trabalho prescrito e o trabalho real, característica de toda atividade humana. A segunda consiste no conteúdo dessa distância que é sempre ressingularizado, visto que o trabalhador tem sua história singular que faz com que aquela atividade tenha uma determinada forma. A terceira proposição remete à atividade do corpo si - entidade que racionaliza a atividade. A última proposição aponta o debate de valores decorrente das escolhas necessárias nas situações de trabalho.

Para transformar as situações de trabalho, Schwartz (2010a) ressalta “que é necessário ver de perto o que acontece no ambiente de trabalho”. A perspectiva e o olhar da Ergologia buscam fazer um constante vai-e-vem entre o macro e o micro. O macro que é o geral e o prescrito pela sociedade – portanto, histórico – e o micro que é infinitamente singular e pequeno, que se passa no dia-a-dia de cada atividade de trabalho. Esse encontro de saberes promove um *desconforto intelectual* - compreensão parcial das situações - que demonstra que o trabalho é atravessado por questões societárias, valores pessoais e socioculturais, relações complexas, por formas de inteligências sociais diferentes e complementares.

Alguns conceitos propostos são utilizados na Ergologia como *normas antecedentes, renormatização, dramáticas do uso de si, corpo si e entidades coletivas relativamente pertinentes* que estão estreitamente ligados uns aos outros e cuja compreensão faz-se necessária para analisar as situações de trabalho.

O princípio das *normas antecedentes* engloba e amplia o conceito de trabalho prescrito de origem na Ergonomia da Atividade. O trabalho prescrito é designado pela organização do trabalho, com suas normas e regras. É a maneira como o trabalho deve ser executado. Porém, o trabalho que é desenvolvido pelo trabalhador, ou seja, o trabalho real, nunca corresponde a este trabalho prescrito: a distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre o que é pedido e o que a coisa pede. (GUÉRIN e cols, 2001).

Gomes (2011, p. 25) enfatiza que:

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

Assim como a prescrição, as normas antecedentes remetem ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador antes de o trabalho ser realizado. Porém, abarcam outros aspectos, tais com a historicidade e a origem da própria prescrição, os valores e um patrimônio conceitual, científico e cultural (Telles e Alvarez, 2004).

Duraffourg (2010) complementa que “é preciso evitar atribuir às normas sentido pejorativo, visto que para trabalhar é muito importante ter um prescrito”. Ressalta que a norma não é a única forma de antecipação, pois os costumes que se criam nos coletivos de trabalho e hábitos são alguns exemplos de regra de funcionamento e são, portanto, meios de antecipação.

Entende-se que a atividade se dá em dois registros, num movimento de dupla antecipação. A primeira antecipação (registro um) corresponde às normas antecedentes, ou seja, as regras colocadas ao trabalhador, os conhecimentos transmitidos, mais ou menos estáveis, necessários para a realização do trabalho. A segunda antecipação (registro dois) se dá no encontro com o meio, situação em que ocorre, necessariamente, um retrabalho das normas antecedentes. Este retrabalho – *renormatização* – é consequência da constatação da insuficiência das primeiras antecipações para compreender os processos reais do trabalho. Assim, enquanto o primeiro registro pode ser dito e ensinado antes de qualquer efetivação, esse segundo movimento, ao contrário, é gerado no próprio laboratório das experiências de trabalho.

A renormatização se dá quando há um desencontro entre os valores que permeiam os valores da organização, as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores. De acordo com Schwartz (2004), os valores atravessam o micro da atividade, assim como atravessam toda a sociedade. E é somente através do fazer que se tem acesso aos valores que cada trabalhador engaja no trabalho. Esses valores são os parâmetros que farão com que o indivíduo enquanto trabalhador opte por determinada conduta. Assim, a análise da atividade está diretamente relacionada aos valores, e compreender a escolha por determinada conduta é o desafio a que a ergologia se propõe.

Esse caráter híbrido das normas antecedentes favorece para que ocorra sempre uma reinvenção local, uma (re) configuração das normas feita por quem as executa, de forma que toda a atividade de trabalho é sempre mais ou menos uma *dramática do uso de si*. Schwartz (2010c) remete ao termo *dramática* à ideia de drama, uma vez que toda escolha feita pelos trabalhadores quando da realização de cada atividade de trabalho é como um drama, uma peça teatral, onde ali se apresentam ao invés de textos decorados e pré-concebidos, um verdadeiro debate de normas e valores.

Neste debate, ocorre a constante e renovada *dramática do uso de si*. Tal compreensão opõe-se à concepção histórica de trabalho da sociedade capitalista, para a qual ele se resume à mera execução de tarefas e normas, que abstrai o *si*, isto é, omite a

presença da manifestação do sujeito que reelabora o trabalho real, a atividade, em todos os momentos.

Trabalhar é fazer *uso de si*, isto significa que é preciso fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas para fazer algo. O trabalho é o lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar: não existe execução, mas *uso*. Isto implica um espectro contínuo de modalidades, pois é o indivíduo no seu ser que é convocado. Esta é a justificativa da palavra *uso* que se constitui na forma indiscutível de manifestação de um sujeito (Schwartz, 2010c).

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

Portanto, afirmar que a atividade de trabalho é uma gestão de dramáticas de uso de si, e não apenas uma atividade de mera execução, é dizer que ela envolve inteiramente a pessoa que trabalha. Neste sentido, as dramáticas de uso de si se definiriam como situações em que o indivíduo tem que fazer escolhas, arbitrar entre valores diferentes e, às vezes, contraditórios. Uma dramática consiste no lugar de uma verdadeira micro história, essencialmente inaparente, na qual cada um se vê na obrigação de escolher e orientar sua atividade de tal ou tal modo (Schwartz, 2010c).

Essa dramática exige arbitragens que se situam no domínio do *corpo si*. Schwartz (2010d) prefere este termo ao invés da ideia de subjetividade, sem querer contestar a dimensão subjetiva no trabalho. Para o autor, não é o trabalhador a verdadeira entidade pertinente do debate entre normas antecedentes e (re) normatização do meio, mas uma entidade enigmática que opera na articulação do biológico, do neurofisiológico, do psiquismo e do histórico-social, sem que seja possível explicar como se opera essa articulação.

A mobilização do *corpo si* na dramática traz a baila a noção de competência. Na concepção de Schwartz (2010e), é difícil definir competência ajustada a uma situação de trabalho, visto que os limites de uma situação de trabalho não são jamais prescritíveis e precisos. Definir operacionalmente as competências é difícil porque as dimensões da

experiência humana não são suscetíveis de serem convocadas em uma mesma série, pois são heterogêneas.

O autor complementa que para *agir em competência* é necessário misturar seis ingredientes, que são diferentes e ao mesmo tempo compatíveis. A expressão *agir em competência* é utilizada justamente porque competência não é uma noção simples e homogênea. O primeiro ingrediente trata de tudo o que concerne ao protocolo numa situação de trabalho. O segundo ingrediente se distingue bastante do precedente, é heterogêneo e se refere à capacidade de se deixar apropriar pela dimensão singular da situação, pelo histórico e pela dimensão de *encontro dos encontros*.

O terceiro ingrediente consiste na capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho. O quarto ingrediente trata dos debates de valores ligados aos debates de normas, aquelas que são impostas e as instituídas na atividade. Está relacionado às possibilidades de *recentramento do meio* por parte de quem trabalha, ou seja, o quanto o meio de trabalho possibilita, estimula ou desestimula a expressão dos valores daqueles que trabalham e o *armazenamento na forma de patrimônio* dos modos eficientes construídos coletivamente para se realizar o trabalho. E dessa forma, o ingrediente quatro se relaciona intimamente com o três ao colocar em questão os valores em jogo na atividade. Assim, este ingrediente fala das condições para a eficiência progredir nos meios de trabalho, a partir do que ele oferece em termos de espaço de *renormatizações*, de *ressingularização*, de *recentramento* parciais, ínfimos ou visíveis.

O quinto ingrediente de uma competência alude para a ativação e a aplicação do potencial do sujeito, com suas incidências sobre cada ingrediente. A partir do momento em que um meio tem valor para o sujeito, todos os ingredientes podem ser potencializados e desenvolvidos. O último ingrediente consiste em tirar partido das sinergias de competências em situação de trabalho, o que caracteriza a construção de um trabalho em equipe onde cada um assume suas responsabilidades e sabe ser modesto quando convém ser.

Este último ingrediente nos leva a outro conceito importante nesta perspectiva, referente às *entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP)*. A discussão feita por Schwartz (2010b, p.149) revela que “estas entidades são coletivos de contornos variáveis que estão na fonte da eficácia no trabalho”. Correspondem a um laço entre pessoas que compartilham os mesmos valores. Esses coletivos são pertinentes porque

sem este tipo de micro coletivo o trabalho não funcionaria; e são relativamente pertinentes porque não estão dentro de um organograma.

As ECRP podem ser os colegas de trabalho mais próximos ou aqueles que escolhemos ou os que procuramos fora da proximidade imediata; podem ser os avaliadores ou os que esperam um trabalho com qualidade ou os que julgam ou os que lhe pagam. Definem-se em relação a ou em relação com a organização prescrita, pois não podem existir ou serem formadas antes que a atividade coletiva se desenvolva.

A atividade de trabalho, em um determinado momento e situação, define os limites, as fronteiras da atuação e da configuração de um determinado coletivo. Schwartz (2010b) refere que para se delimitar uma ECRP, é necessário ampliar a noção de coletivo no espaço e no tempo. De acordo com a ergologia, as equipes, no seu funcionamento real, são necessariamente diferentes do que está previsto nos organogramas, nas pré-definições de funções e de responsabilidades e se organizam a partir de objetivos (de eficácia) e preocupações comuns, externos às prescrições.

As equipes se constituem a partir de uma história própria, de acordo com o que a atividade de trabalho apresenta como necessidade, em um determinado momento. Portanto, podem mudar de acordo com as diferentes situações vividas no trabalho e com as diferentes pessoas presentes nas situações. Schwartz (2010b) dá ainda a este conceito o importante status de representar um “lugar de transição dinâmica” de valores entre os processos macro e micro de transformação dos mundos do trabalho. Ou seja, entre o debate político mais global e universalizável e o (re) processamento deste debate no território mais local da atividade.

### ***1.2.1 A SAÚDE SOB O OLHAR ERGOLÓGICO***

---

No que se refere à saúde, a Ergologia fundamenta-se nos estudos do médico e filósofo francês, Georges Canguilhem. Em 1943, esse autor elaborou a tese sob o título *Le normal e le pathologique* - O normal e o patológico, com o objetivo de discutir a relação entre os conceitos normal/patológico e saúde/doença a partir da perspectiva da subjetividade humana.

Segundo Canguilhem (2010), as dimensões saúde e doença são constitutivas de um processo dinâmico cuja complexidade se reflete na dificuldade de definir o que é saúde e doença de acordo com a perspectiva abordada. Baseando-se no dicionário francês de Medicina e no vocabulário técnico e crítico da Filosofia para construir sua definição de estado de saúde, duas abordagens surgiram. A primeira é proveniente da literatura médica, que conceitua como normal “aquilo que tem relação com *normalis*, de norma, regra”. A segunda abordagem é filosófica que considera normal “aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto, o que se conserva num justo meio-termo”.

O autor confronta os dois enfoques conceituais. O primeiro atribui o “ser normal” ao estado ideal e habitual dos órgãos, ao que deve ser restabelecido, ao objetivo das práticas da Medicina, que seria reconduzir à normalidade. O segundo, pela visão filosófica, indica que o normal é mais do que um estado, é um problema a ser elucidado, um fim a ser alcançado pelas possibilidades terapêuticas a partir da individualidade do doente.

Em função dessa individualidade, há condições de se definir o que é ou não normal, o que é ou não construir e ter saúde. Assim, pelas condições de saúde e características desse indivíduo, os diferenciais para a atribuição de um estado de normalidade serão estabelecidos. Para tal, não basta apenas analisar um estado pré-estabelecido como ideal ou apenas as condições em que esse indivíduo se insere, mas, sobretudo, é preciso comparar determinado quadro com um quadro posterior adquirido. Canguilhem (2010) cita um exemplo ao analisar o grau de miopia em dois indivíduos em espaços distintos. Para um trabalhador agrícola, essa miopia pode representar uma situação completamente normal, enquanto que para um piloto de avião esse mesmo grau de miopia é avaliado como desvio do padrão de normalidade, logo, anormal.

Esse exemplo ressalta a importância de avaliar como cada sujeito se insere nas situações do ambiente de trabalho. As respostas elaboradas dependem de cada trabalhador, de sua singularidade, dos saberes produzidos por ele para arbitrar e decidir em cada fato que vivencia. Canguilhem (2010) reconhece que um determinado indivíduo pode estar apto aos deveres comuns ao meio que lhe é próprio em determinadas condições, enquanto que para outro essas mesmas condições seriam inadequadas.

O homem normal é o homem normativo, capaz de instituir novas formas, mesmo orgânicas. Esse homem normal reage aos estressores do meio, busca soluções, não é vítima apenas dos agressores do meio, é um agente transformador. A maneira com que o homem interpreta, arbitra e se posiciona diante das infidelidades do meio é o que pode deslocá-lo da posição de normal para patológico ou de saudável para doente.

Pode-se dizer que a diferença entre os “indivíduos saudáveis” e os “indivíduos doentes” está na maior capacidade normativa dos “sujeitos saudáveis” de criarem estratégias de enfrentamento dos problemas vividos, mantendo-se, por essa razão, saudáveis.

De acordo com Canguilhem (2010), a linha que separa essas duas possibilidades - “indivíduos saudáveis” e os “indivíduos doentes” - é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Portanto, é fundamental medir o sentido de normalidade de um indivíduo ao lançar o foco de análise em suas peculiaridades. Considera-se importante evitar comparações e relações com a média de um grupo de indivíduos ou de um ser com outro. A normalidade deve ser analisada no indivíduo em comparação com ele próprio.

Um exemplo pode ser ilustrado pelo número de contrações cardíacas por minuto próprias de um maratonista profissional. O coração desse atleta perfaz, em média, 40 batimentos por minuto em repouso e para ele isso constitui um perfeito estado de saúde. Resguardada a mesma faixa etária e o mesmo estado de repouso para a medição, seria preocupante se esse coeficiente se alterasse muito acima do nível tradicional para esse mesmo indivíduo. Esse fato poderia ser indício de funcionamento inadequado do coração, ou seja, um estado patológico.

Da mesma forma, ao se transferir esse coeficiente como referência de normalidade para um indivíduo sedentário, igualmente será identificado como doença. A norma, portanto, não é a única referência para se definir um estado patológico. Faz-se necessário observar a reação individual a determinado estímulo para tentar caracterizá-lo. No ambiente de trabalho, pode-se entender que a normalidade seria a manutenção de um determinado estado de conduta e reação frente às infidelidades do meio.

Outro argumento de Canguilhem (2000) revela que o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma

norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O indivíduo doente está normalizado em condições bem definidas e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes.

A doença e a saúde, o normal e o patológico são fenômenos de um mesmo contingente: a vida e sua manifestação. Para o autor, estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo nessa situação e em outras situações eventuais.

Como nas situações de trabalho existe uma variedade de infidelidades, visto que nada acontece da mesma forma de uma situação de trabalho para outra, a doença aparece quando ocorre redução da margem de tolerância às infidelidades do meio. No dizer de Durrive (2011, p.59):

“quando um meio de trabalho pretende lhe impor integralmente suas normas, o ser humano adoece ou se revolta: ele não pode se determinar a ser apenas uma engrenagem numa máquina. A consigna estrita “faça unicamente o que lhe digo” será impossível de viver, insuportável, desconstruirá toda a sua motivação e afetarà dolorosamente sua saúde”.

Norteados pelas concepções de Canguilhem, Schwartz (2010b) menciona que na medida em que se define a atividade como um debate de normas, como uma tentativa de recentramento de um ser vivente em um meio, entende-se como saúde o equilíbrio aceitável entre as normas (histórias de cada um), o coletivo relativamente pertinente (todos relacionados à atividade) e o coletivo social (universo social); e quando não se pode mais manter este equilíbrio ocorre a doença.

### ***1.3 CONTRIBUIÇÕES DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO***

---

O início da história da Psicodinâmica do Trabalho ocorreu na década de 70, mas somente nos meados dos anos 90 diferenciou-se da Psicopatologia do Trabalho. Ao longo de sua obra, Dejours (2007), ao problematizar a relação trabalho/saúde, defende a

ideia de que o trabalho é operador tanto de saúde e prazer quanto de doença e, nessa articulação, destaca o homem como construtor de seu campo laborativo, recriador de normas e capaz de elaborar defesas pessoais e coletivas para lutar contra o sofrimento que o acomete.

A Psicodinâmica do Trabalho consiste numa perspectiva que opera com uma concepção do sujeito no trabalho, na qual todo indivíduo busca uma realização no processo de trabalho, a partir dos desafios que se colocam, mobilizando corpo-alma, racionalidade prática, inteligência do corpo e criatividade. Todo este encaminhamento, do ponto de vista da saúde, vai estar ligado à existência de espaço de autonomia para a conquista de identidade, no movimento de investir uma contribuição pessoal no interior de uma obra comum, pessoal e socialmente valorizada.

O conceito de identidade é definido por Lancman (2011, p.41) como:

“um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida do sujeito, e que está vinculada à noção de alteridade partindo, assim, do pressuposto básico de que todo o homem social interage e interdepende do outro. Este processo deixa sempre em aberto uma lacuna, que nunca é preenchida. É a partir do “olhar do outro” que nos constituímos como sujeitos. É justamente na relação com o outro que nos reconhecemos em um processo de busca de semelhanças e de diferenças. São as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social, a partir de trocas materiais e afetivas, fazendo com que o sujeito, ao longo de toda a sua vida, constitua sua singularidade em meio a diferenças”.

No processo de compreender a atividade no cotidiano da vida e do trabalho, torna-se relevante destacar os modos operatórios reguladores dos quais os trabalhadores se utilizam para dar conta da tarefa, do prescrito. Dejours (2007) agrega a contribuição decisiva da Ergonomia à teoria do trabalho: ter revelado o caráter incontornável, inexorável, inesgotável e sempre renovado do real no trabalho. Os trabalhadores seguem, dentro do possível, prescrições e normas de procedimentos para executar suas tarefas. Porém, uma parte da realidade se destaca na forma de resistência às prescrições, ou seja, trata-se sempre de uma situação desconhecida, imprevista, imprevisível, que as coloca em cheque. O trabalhador encontra-se num dilema: de um lado, a organização espera que ele cumpra o previsto e, de outro, se seguir a prescrição, não dará conta da nova situação. Portanto, diante do real do trabalho, o trabalhador usará seu poder de agir

para recriar a tarefa, o que implicará na possibilidade de transformação do trabalho, dentro de determinados limites.

O autor complementa que o real do trabalho é uma dimensão essencial à inteligibilidade dos comportamentos e das condutas humanas em situação concreta. Um real que só se faz apreender diante do fracasso, isto é, sob a forma de revés. A inexistência de falhas, erros, imprevistos é uma ilusão daqueles que ocupam os níveis elevados da hierarquia organizacional, pois a prescrição, aquilo que se deseja que seja realizado, se depara o tempo todo com os reveses. Ao se defrontarem com o real do trabalho é que os operadores, imaginando, inovando, inventando, engajando seu corpo e sua inteligência, realizam e dão forma ao trabalho real.

O exercício da atividade requer sempre um ajustamento das relações entre a tarefa e o trabalho real, que se defronta com inúmeras formas de pressão, dificuldades, imprevistos, enfim, obstáculos os mais diversos.

Essa perspectiva aponta para a dimensão humana do trabalho. É o ser humano quem, vivendo o real do trabalho, coloca-se além da prescrição, supera a ordem tecnológica-maquinal, para dar conta dos acontecimentos, dos eventos, dos imprevistos. Para lidar com os acontecimentos, que mobilizam privilegiadamente a riqueza do real do trabalho, aquele que trabalha, dentre outros recursos que mobiliza, faz uso de uma forma de inteligência originada da sua experiência real e da sua concepção sobre a atividade. Dejours (2011) define essa inteligência como *prática* e afirma que ela está essencialmente engajada nas atividades técnicas, em particular nas de fabricação. Essa inteligência apresenta um certo número de características. A primeira característica desta inteligência, também denominada inteligência astuciosa, é, do ponto de vista psíquico, estar fundamentalmente enraizada no corpo. A formação dessa inteligência passa pela relação prolongada e persistente do corpo com uma série de procedimentos de familiarização com a tarefa, de intimidade com as ferramentas e os objetos tecnológicos.

A segunda característica da inteligência prática é conceder mais importância aos resultados da ação do que ao caminho empreendido para chegar aos objetivos. A justificativa, a explicação e a elucidação do ato só ocorrem posteriormente. A experiência é pioneira e antecede o saber, prevalecendo o emprego da astúcia.

Estar presente em todas as tarefas e em todas as atividades de trabalho consiste a terceira característica da inteligência prática. A quarta característica é o poder criador e a quinta consiste em ser amplamente difundida entre os homens. Ela é ativa e se espalha por todos os sujeitos, desde que estejam bem, ou que tenham uma boa saúde. O corpo alimenta e desencadeia a inteligência, coloca o sujeito em estado de alerta; porém um corpo cansado ou doente enfraquece a inteligência astuciosa e a criatividade. É isso, segundo Dejours, que faz com que a maioria das pessoas saudáveis experimente uma verdadeira necessidade de exercer sua inteligência. Contrapartida dessa propriedade, a subutilização desse potencial de criatividade constitui uma das principais fontes de sofrimento, de desestabilização da economia psicossomática e mesmo de descompensação e doença.

Em suma, a inteligência prática é uma inteligência do corpo, sua força é a astúcia. Está no coração das profissões e opera em todas as atividades do trabalho, incluindo as teóricas. É criativa, subversiva e sua subutilização é patogênica.

Além das questões apresentadas neste segmento, a Psicodinâmica do Trabalho insere na análise sobre o trabalho outros conceitos fundamentais como *sofrimento, prazer, estratégias defensivas, ideologia defensiva, mobilização subjetiva, regras de ofício, espaços públicos de discussão e reconhecimento*, que serão expostos no próximo tópico.

#### ***1.4 O SENTIDO DO TRABALHO***

---

A temática dos significados e sentidos do trabalho é pesquisada por diferentes autores com base em diversas vertentes epistemológicas. Etimologicamente a palavra sentido origina-se do latim *sensus*, que remete à percepção, significado, sentimento, ou ao verbo *sentire*: perceber, sentir e saber (Harper, 2011). Verifica-se que pode ser adotada como sinônimo de significado e sua origem remete, sobretudo, à ocorrência de processos psicológicos básicos.

Desde a década de 80, os estudos de Dejours (2007) mostram que o trabalho precisa fazer sentido para o próprio sujeito, para seus pares e para a sociedade. Segundo

o autor, o sentido do trabalho é formado por dois componentes: o conteúdo significativo em relação ao *sujeito* e o conteúdo significativo em relação ao *objeto*.

Quanto ao conteúdo significativo do trabalho em relação ao sujeito, o autor identifica as dificuldades práticas das tarefas, a significação da tarefa acabada em relação a uma profissão (noção que contém ao mesmo tempo a ideia de evolução pessoal e de aperfeiçoamento) e a posição social implicitamente ligada ao posto de trabalho determinado.

O sentido do trabalho, desta forma, possibilita a construção da identidade pessoal e social do trabalhador por meio das tarefas que executa, do seu trabalho, permitindo que ele consiga se identificar com aquilo que realiza.

Quanto ao conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto, Dejours (2007) refere que ao mesmo tempo em que a atividade de trabalho comporta uma significação narcísica, ela pode suportar investimentos simbólicos e materiais destinados a outro. A tarefa pode também veicular uma mensagem simbólica a favor ou contra alguém. A atividade de trabalho, com os gestos que implica, com os instrumentos que movimenta, com o material tratado, pela atmosfera na qual opera, veicula certo número de símbolos. A natureza e o encadeamento destes símbolos dependem, ao mesmo tempo, da vida interior do sujeito, isto é, do que ele põe, do que ele introduz de sentido simbólico no que o rodeia e no que ele faz.

O autor complementa que separar conteúdos significativos em relação ao sujeito e ao objeto é arbitrário, na medida em que as regras de troca de investimento não se deixam assim separar. De fato, toda atividade contém os dois termos. O investimento no indivíduo só pode renovar-se graças ao investimento no objeto e vice-versa. A significação profunda do trabalho é própria para cada indivíduo, sendo criada a partir das técnicas particulares desenvolvidas por cada um. Estas técnicas são imprescindíveis para o trabalhador confrontar-se com as lógicas, os desafios e os valores da organização do trabalho que são potencialmente geradores de sofrimento psíquico.

Vale ressaltar que o trabalho é também a oportunidade de crescimento e desenvolvimento psíquico do trabalhador, sendo neste caso fonte de prazer. Desta forma, fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como espaço de neutralidade subjetiva e social.

O sentido no trabalho é possível por meio da transformação do sofrimento em prazer pela utilização das competências e liberdades individuais. O prazer no trabalho é fundamental para a manutenção da saúde. Esta consiste no equilíbrio instável entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento. O sofrimento é definido como uma vivência individual ou coletiva, frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança provenientes do conflito entre as necessidades de gratificação do binômio corpo-mente e a restrição de satisfazê-las, pelas imposições das situações de trabalho.

Na análise de Dejours (1997), a partir do momento que a organização não permite um rearranjo, o sofrimento começa e a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Se a energia pulsional ficar muito tempo bloqueada, ela recuará para o corpo e desencadeará certas perturbações como angústia, agressividade e fadiga. A fadiga é uma testemunha não específica de sobrecarga que pesa sobre um ou outro dos setores do organismo psíquico e somático.

Os resultados do estudo de Vézina e cols (2001) têm mostrado que ocorre uma diminuição na frequência da fadiga psíquica, desânimo e desgaste relacionados ao envelhecimento no trabalho, quando se oferece ao trabalhador a possibilidade de desenvolver sua inteligência no trabalho, ter meios para fazer um trabalho de boa qualidade, poder escolher a maneira de realizar o trabalho, opinar sobre a escolha organizacional, e ter margem de manobra e poder de governança sobre seu trabalho.

Porém, caso essas iniciativas não sejam tomadas, ou não ocorra uma interrupção do trabalho que leve a cessar a evolução do processo de fadiga e sofrimento, ou se nenhuma modificação da organização do trabalho intervir, então ocorrerá a doença. O modo como se luta com o sofrimento se faz a um só tempo coletiva e individualmente, conduzindo ao ocultamento ou à identificação do sofrimento, sob a forma de patologia ou ao enfrentamento efetivo de dinâmicas causais enraizadas nas situações de trabalho.

Em face de uma perda de sentido ou à confrontação com uma situação de trabalho que o faz sofrer, o trabalhador não fica passivo ou neutro. Junto com outros trabalhadores, enquanto coletivo, utiliza-se de *estratégias de defesas* - mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer - para se protegerem contra o sofrimento patológico, com o qual seria insuportável lidar (Dejours e Abdoucheli, 1997).

As estratégias de defesas no trabalho podem ser individuais ou coletivas. Para os autores, apesar dos mecanismos de defesas individuais coexistirem com os coletivos, as estratégias de defesas utilizadas pelos trabalhadores são, na sua maioria, coletivas e não individuais. O grupo compartilha o sofrimento e encontra conjuntamente soluções para lidar com estas situações. Essas estratégias coletivas diferenciam-se das individuais à medida que desaparecem, quando afastada a situação que gera sofrimento.

Na prática, observa-se como estratégias defensivas: deixar de tomar iniciativas e assumir responsabilidades, se fechar e passar a se preocupar somente consigo, desconfiar que os colegas de trabalho poderiam estar tentando prejudicá-lo de alguma maneira. Assim, o relacionamento é rompido para evitar conflitos. De acordo com Dejours (1997), as estratégias se manifestam por meio de comportamentos próprios de cada indivíduo, pois cada um reage de maneira particular a cada situação dependendo da sua personalidade.

Outra estratégia para enfrentar o sofrimento é a mobilização coletiva, que permite a transformação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer. Essa estratégia tem fundamento teórico nos estudos de Dejours sobre mobilização subjetiva, definida como um processo caracterizado pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. A utilização desses recursos depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos seus pares e pela hierarquia. Segundo o autor, o processo de mobilização subjetiva não é prescrito e é vivenciado de forma particular por cada trabalhador.

A mobilização subjetiva permite a transformação do sofrimento a partir de uma operação simbólica: o resgate do sentido do trabalho. Este sentido depende de um outro: do coletivo de trabalho - que constrói o sentido comum dos sofrimentos vividos. Portanto, Uchida, Lancman e Sznelwar (2013) evidenciam que é fundamental distinguir a experiência coletiva da experiência compartilhada. Não existe uma experiência coletiva vivida por todos igualmente, pois o sofrimento não é coletivo, ele é individual. A experiência que os trabalhadores têm da mesma situação que produz sofrimento não é a mesma para cada um deles, não é comum a eles. O que é comum é o fato de muitos, dentre eles, sofrerem.

Para compartilhar o sofrimento, o coletivo constrói regras denominadas *regras de ofício*. Tais regras organizam as relações entre as pessoas e têm uma dimensão ética

que remete à noção do que é justo ou injusto, não constituindo normas ou esquemas de regulação. As regras são atravessadas pelas relações sociais do trabalho, fundamentais para a criação do espaço de cooperação, já que este repousa sobre a construção e transformação das regras de trabalho. E isto só ocorrerá com um espaço que respeite as diferentes manifestações e discussões entre os sujeitos.

Estes espaços públicos de discussão sobre o trabalho visam à circulação da palavra e a reflexão, que favorecem a uma ação coletiva de reapropriação do sentido do trabalhar pelos sujeitos envolvidos nas situações de trabalho (Dejours, 1996). Esse momento de escuta proporciona um reconhecimento mútuo entre os trabalhadores a partir da troca de suas experiências, dificuldades, medos, sofrimentos, perspectivas, ou seja, permite que um trabalhador possa ver o outro como um ser humano que também sofre e que está sob as mesmas condições de trabalho.

Outro fator potencialmente gerador de sofrimento no trabalho consiste na *falta do reconhecimento* com relação àquilo que é realizado. O reconhecimento consiste em um exercício fundamental para a manutenção da mobilização do sujeito, e para evitar uma possível alienação decorrente do desprezo e da conseqüente falta de sentido diante daquilo que o sujeito realiza profissionalmente. O desenvolvimento da identidade e a transformação do sofrimento em prazer estão diretamente relacionados ao olhar do outro e aos mecanismos de reconhecimento decorrente deste olhar (Dejours, 2011).

O reconhecimento permite dar ao sofrimento uma significação social, visto que pode consentir a transformação do sofrimento em prazer, quando a engenhosidade empregada para superar as dificuldades que são apresentadas é reconhecida pelos outros como uma contribuição integral (Gernet e Dejours, 2011). Na ausência de reconhecimento, a dúvida quanto à relação mantida com o real por intermédio do trabalho pode surgir. E quando essa dúvida se instala a identidade como um todo pode ser desestabilizada.

Dejours (2011) adverte que a falta de reconhecimento, que é tão verbalizada pelo trabalhador, não é considerada com a devida seriedade e ocupa posição periférica nas discussões sobre gestão. O autor relaciona duas formas de reconhecimento: o reconhecimento baseado em um julgamento de utilidade, proferido pelos superiores hierárquicos e subordinados e, ainda, eventualmente, pelos clientes; e o reconhecimento advindo de um julgamento de estética, proferido especificamente pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade.

## **2. CONTEXTUALIZANDO AS UNIDADES NEONATAIS**

---

A área da neonatologia vem sofrendo várias mudanças desde os primeiros cuidados em 1880, buscando proporcionar um cuidado com qualidade visando diminuir as taxas de morbimortalidade neonatal. Para compreendermos a conquista de um espaço próprio para o atendimento ao recém-nascido e o incentivo na busca de novas tecnologias, resgatamos aspectos importantes para a construção das unidades neonatais.

Segundo Rodrigues e Oliveira (2004), a neonatologia teve seu início com o obstetra francês Sthephane Tarnier que inventou a incubadora. Porém, foi o seu discípulo Pierre Budin quem escreveu sobre os primeiros cuidados com RN prematuros. Sua preocupação com os recém-nascidos estendeu-se além das salas de parto, com cuidados referentes à temperatura, infecção hospitalar, aleitamento materno e a presença da mãe.

Em 1896, Martin Coney, aluno de Budin, foi para Berlim participar de um evento com o objetivo de divulgar os cuidados especializados a crianças prematuras implementando o uso de incubadoras. Coney viajou para os Estados Unidos e foi considerado o primeiro especialista a cuidar de RN prematuros. Em 1914, após uma exposição com esses RN, o pediatra Julius Hess criou um centro para assistência aos lactentes prematuros no Michael Reese Hospital em Chicago, com apoio da enfermeira Evelyn Lundeen. Com essa iniciativa, o pediatra tornou-se autoridade americana em relação à prematuridade e através dele o tratamento neonatal entrou na cadeira acadêmica (Avery, 2005).

Na primeira década do século XX, com a evolução dos conhecimentos científicos, ocorreu a consolidação e contribuição dos pediatras para a ciência da medicina com a organização dos avanços tecnológicos. Observa-se um investimento no cuidado neonatal com estudos sobre a alimentação (natural e artificial), prematuridade e estabelecimento de curvas de crescimento para verificação do gasto de energia.

John Baleantyne, um obstetra de Edimburgo, inseriu o tratamento pré-natal, tendo em vista que seus estudos mostraram que doenças maternas tais como a sífilis, tifo,

tuberculose e a ingestão de toxinas adversas durante a maternidade afetavam a saúde e o desenvolvimento do feto.

O marco nos anos trinta foi a maior atenção aos problemas respiratórios com a criação do *Box de Oxigênio Hess* desenvolvido pelo pediatra Julius Hess e utilizado para o tratamento de distúrbios respiratórios (Zaconeta, 2004).

A enfermagem também exerceu um papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. Um artigo escrito pelo pediatra Julius Hess, datado de 1951, nos traz a informação de que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço como supervisoras. Neste período, cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros e observou-se um grande investimento nessa área. No Centro para Prematuros de Chicago foi criado um fundo de investimento para o treinamento das enfermeiras na área de neonatologia.

A partir da década de 1960, ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal, e pediatras, cirurgiões e anestesiólogos infantis defenderam a ideia do agrupamento de lactentes com patologias severas em unidades especiais, visando um tratamento mais eficaz. As maternidades para prematuros passam a ser denominadas *Maternidades de Tratamento Especial* e, posteriormente, *Unidade de Tratamento Intensivo para Recém-Nascido* (Zaconeta, 2004).

Foi nessa década também que as Unidades Neonatais surgiram no Brasil devido à preocupação de centralizar recursos humanos e materiais para garantir a qualidade de assistência aos recém-nascidos graves, porém recuperáveis.

Os anos 80 foram conhecidos como *era diagnóstica* com a inserção da tomografia computadorizada e da ultrassonografia transfontanela para suporte do tratamento. Outros profissionais começaram a se interessar pela área neonatal e aperfeiçoaram os estudos relacionados à fisiologia e à terapêutica neonatal, impulsionados pelo maior investimento no cuidado ao recém-nascido de risco após a morte do filho recém-nascido do então presidente norte americano John Kennedy, com 35 semanas de idade gestacional por doença de membrana hialina.

A década de 90 foi dedicada aos cuidados com o desenvolvimento cerebral. Destaca-se também a ventilação de alta frequência (oscilometria), a hipercapnia permissiva, o *screening* auditivo, a terapia com laser para a retinopatia da prematuridade e a melhoria da nutrição parenteral.

A partir de 2000, o foco do cuidado passou a ser a família e o prognóstico respeitando os limites da viabilidade. À medida que ocorrem esses avanços nos tratamentos aumentam a probabilidade de sobrevivência dos recém-nascidos, principalmente os prematuros. Hoje em dia, a idade de viabilidade é amplamente debatida devido aos avanços nas pesquisas e nas tecnologias, ao uso de esteroides no período pré-natal e de surfactante neonatal.

Não se pode mais dizer que o recém-nascido prematuro com idade gestacional de 23 ou 24 semanas de gestação não irá sobreviver, mas as questões relacionadas a probabilidades de uma sobrevivência com sequelas vêm sendo amplamente debatidas.

Atualmente existem várias legislações que conceituam e determinam normas de funcionamento das Unidades Neonatais. Essas são consideradas serviços de internação responsáveis pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave (com até 28 dias de vida), dotados de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (Brasil, 2012).

As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Segundo Lamy (2000), a divisão da Unidade Neonatal consiste em oferecer ao recém-nascido a retirada, o mais breve possível, do ambiente de estresse, ao qual foi submetido na UTIN.

Para atender a essa clientela específica, esta Unidade deverá dispor de assistência médica (médicos diaristas e plantonistas com especialização em neonatologia) e de enfermagem (enfermeiros diaristas e plantonistas - preferencialmente com especialização em neonatologia - e técnicos de enfermagem plantonistas) ininterruptas, além da assistência de uma equipe multiprofissional de suporte (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, além de médicos de outras especialidades).

Faz-se necessário também atender as normas de ambiência estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispor de equipamentos e materiais específicos determinados pela legislação, garantia de acesso aos serviços de diagnóstico e terapêutica à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados.

Cumprindo os requisitos da Política Nacional de Humanização, deverá ser estabelecido nessas unidades: controle de ruído, controle de iluminação, climatização, iluminação natural (para as novas unidades), garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai, além de visitas programadas dos familiares; e acesso às informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

## ***2.1 O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES NEONATAIS***

---

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem nestas Unidades é complexo, tendo em vista que a clientela neonatal é extremamente frágil, sujeita à instabilidade de suas funções vitais, requerendo aparatos tecnológicos peculiares a esta faixa etária.

Na rotina prescrita da Unidade Neonatal, a divisão do trabalho de enfermagem configura-se na distribuição das tarefas pelas diferentes categorias de acordo com o grau de qualificação. Os técnicos de enfermagem executam procedimentos considerados de baixa complexidade como troca de fralda, higiene, observação das eliminações fisiológicas e controle dos sinais vitais. Os enfermeiros supervisionam a equipe técnica,

executam os procedimentos de maior complexidade como punção venosa, preparo e instalação de hidratação venosa, instalação de nutrição parenteral, sondagens, curativos, aspiração oro-traqueal e inserção de cateter venoso central por inserção periférica (Pontes, 2004).

Além de executar procedimentos técnicos, cabe à enfermagem criar entre o recém-nascido e sua família uma proximidade que transponha o desconhecido, visto que o recém-nascido real não é igual ao recém-nascido dos sonhos e fantasias familiares. Esse novo ser apresenta um diagnóstico e prognóstico desconhecidos, cabendo à enfermagem o papel de cuidador do bebê e de sua família (Braga e Morsh, 2003).

O cuidado de enfermagem nestas Unidades deve ser individualizado, holístico, integralizado, atualizado e crítico. O comprometimento, envolvimento e as competências entre o trabalhador e o recém-nascido são fundamentais para que seja decidido o que realmente é imprescindível para o recém-nascido, já que o excesso de cuidado também é prejudicial. É necessária essa avaliação tendo em vista as questões bioéticas ligadas às inovações tecnológicas. O importante é oferecer um tratamento que beneficie o recém-nascido, principalmente quanto ao seu desenvolvimento neuropsicomotor. O desafio é o uso dessas tecnologias com bom senso e de forma criteriosa, visando à qualidade de vida do recém-nascido e a sua inserção na sociedade (Pontes, 2004).

Recorrendo a Mayeroff (1971) para contextualizar o cuidado, abordam-se os ingredientes especiais do cuidado como *conhecimento* (quem é o outro, quais são suas necessidades, como podemos ajudá-lo, conhecer nossas forças e limitações), *paciência* (esperar e observar com atenção e cautela os acontecimentos, o crescimento de um ser humano, respeitando o seu ritmo), *honestidade* (primar por um enfrentamento positivo e ativo entre nós e os outros), *confiança* (envolve apreciação do outro, de sua existência como também devemos confiar em nós mesmos, em nossas habilidades de ajudar e acreditar em nossos instintos) e *humildade*, pois cada relacionamento é único, não podemos repetir o que fizemos em casos anteriores, precisamos aprender em todas as horas.

Carmo (2010) enfatiza que, apesar de todos os avanços tecnológicos para prestar o cuidado neonatal, o trabalhador deve ser altamente especializado tendo habilidade para resolver problemas e avaliar criticamente o cuidado e as tecnologias usadas, assegurando, assim, resultados positivos para o recém-nascido e seus familiares. Os

trabalhadores necessitam se especializar cada vez mais, estando sempre a par das inovações surgidas, assim como os custos e benefícios de protocolos, as novas técnicas e abordagens terapêuticas e o impacto da sobrevivência de recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascer, que certamente necessitarão de cuidados especiais por longo tempo (estimulação essencial, fisioterapia, escolas e etc.).

Não basta somente aperfeiçoar o conhecimento, é necessário, também, que os trabalhadores cuidem de sua saúde. Como descreve Souza (2006), embora a Unidade Neonatal seja ideal para o atendimento a recém-nascidos graves recuperáveis, parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Ao citar os fatores de estresse presentes neste contexto, a autora apresenta uma realidade de certa forma contraditória. Por um lado, a equipe de saúde vivencia o prazer e a realização proporcionados pela possibilidade de cuidar de pacientes graves e poder melhorar o prognóstico deles. Por outro, convive com angústias intensas resultantes do grande número de procedimentos diante da complexidade do cuidado, do manuseio de vários tipos de equipamentos e da realização de sua atividade num ritmo bastante intenso.

Outros aspectos importantes influenciam no desenvolvimento de fatores de sofrimento no trabalho da enfermagem como vínculo de mais de um emprego, dobras de plantões, horas extras e sobrecarga de trabalho sem descanso, que acabam resultando em fadiga, tensão e irritação (Oliveira, 2006). Além disso, devido ao esforço físico diário, repetições de tarefas e a necessidade do trabalho ser realizado em pé, esses trabalhadores podem sofrer com o desgaste físico e mental.

Esse ritmo no cotidiano destas unidades pode levar a sentimentos de frustração, raiva, falta de confiança em si próprio, diminuição da satisfação com o trabalho, podendo, inclusive, desencadear sintomas de depressão. Sendo assim, Martins-Nogueira (2003) aponta que os trabalhadores de Saúde precisam receber cuidados. Cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência.

Nascimento (2012) complementa que a promoção de ações que minimizem os fatores que causam o sofrimento proporcionará um enfrentamento mais eficaz destes fatores e a diminuição da angústia e ansiedade provocadas. Essas ações possibilitarão, também, uma estadia mais saudável no ambiente de trabalho, cultivando, assim, o bem-estar físico e mental para todos os envolvidos: trabalhadores, pais e recém-nascidos.

### 3. FERRAMENTAS METODOLÓGICAS

---

*“Se não se faz um esforço de ir ver de perto como cada um não apenas “se submete”, mas vive e tenta recriar sua situação de trabalho, se não se faz esse esforço, então interpreta-se, julga-se e diagnostica-se no lugar das próprias pessoas e isso não pode produzir resultados positivos.”*

*(Yves Schwartz)*

Acreditamos que para compreender o sentido do trabalho para a equipe de enfermagem é preciso contar com instrumentos metodológicos que privilegiem o diálogo entre os sujeitos e os pesquisadores. Assim, ao definirmos a metodologia buscamos adotar uma abordagem com caráter qualitativo e participativo, visando investigar mais intensamente a experiência dos trabalhadores. Para Minayo (2010) o aspecto qualitativo caminha para o universo repleto de significações, motivações, aspirações, atitudes, crenças e valores, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Isso implica considerar o participante do estudo um sujeito num determinado contexto social que pertence a determinado grupo social num dado momento histórico.

Ao estudar o trabalho a partir do ponto de vista da atividade, devemos utilizar estratégias metodológicas indiretas, visto que a atividade de trabalho e a experiência se caracterizam por sua complexidade e por seu caráter enigmático. Neste contexto, optamos por utilizar os *Encontros sobre o Trabalho*, dispositivo proposto pela Ergologia que possibilita um diálogo-debate sobre a atividade, reunindo os saberes disciplinares e os protagonistas da atividade, interessados no encontro/confronto entre conhecimento e experiência, visando abordar as situações de trabalho em sua singularidade.

Neste contexto, optamos por utilizar os *Encontros sobre o Trabalho*, ferramenta proposta pela ergologia que possibilita um diálogo-debate sobre a atividade, reunindo os saberes disciplinares e os protagonistas da atividade, interessados no encontro/confronto

entre conhecimento e experiência, visando abordar as situações de trabalho em sua singularidade.

Decidimos acrescentar no percurso metodológico um dispositivo denominado *Oficina de Fotos*, a partir das experiências de Osório (2010) e de Maurenre e Tittoni (2007) inspiradas na técnica da autoconfrontação proposta pela Clínica da Atividade.

No método utilizado, de posse de uma câmera fotográfica digital, os trabalhadores têm autonomia para escolher o material a ser fotografado, a partir do qual há uma discussão coletiva do material. Osório e Maia (2010, p. 51) enfatizam que nesta etapa:

“os trabalhadores vão não só fazendo saber as suas atividades, mas as descobrindo e se descobrindo nelas, reformulando a maneira de se posicionar frente ao trabalho. Na posição de coanalistas eles se percebem como protagonistas e cogestores do próprio trabalho, o que fortalece o poder de ação do coletivo”.

Como observam Maurenre e Tittoni (2007), a produção fotográfica tem sido utilizada de vários modos nos campos da Comunicação Social, Psicologia, Educação e Sociologia - áreas que vêm investindo na questão da imagem como recurso metodológico. Para as autoras (p.34):

“a proposta de utilização da fotografia como recurso metodológico surgiu da pesquisa sobre subjetividade e trabalho, a partir da necessidade de aprimorar tecnologias de intervenção que pudessem mostrar modos de trabalhar invisibilizados pelas normas e padronizações características dos espaços de trabalho. A fotografia poderia, então, mostrar o que nem sempre pode ser descrito e dar visibilidade a aspectos do trabalho “invisíveis” inclusive para o próprio trabalhador”.

Os aspectos éticos da pesquisa foram delimitados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP e do IFF, ambos pertencentes à FIOCRUZ (Anexo 2).

### *3.1 UNIDADE DO ESTUDO*

---

Criado em 1924 por iniciativa de Carlos Chagas, então Diretor do Departamento de Saúde Pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o Abrigo Hospital Arthur Bernardes, hoje Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), foi cenário de grandes transformações na assistência à saúde da mulher e da criança. Instalado em um antigo prédio na zona sul do Rio de Janeiro, nos fundos do Hotel Sete de Setembro, o hospital veio suprir a falta de estabelecimentos destinados ao tratamento específico de crianças. Desde sua criação vem sofrendo modificações estruturais para atingir sua missão baseada na tríade ensino-pesquisa-assistência.

Segundo Carmo (2010), a história da Instituição se destaca das demais histórias dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, pela trajetória de resistência e de acordos políticos que a envolve e que transformaram a Instituição em um incontestável polo de referência nacional de pesquisa e assistência em diversas especialidades. O compromisso institucional caracteriza-se pela assistência de alto padrão de qualidade a pacientes de risco, com necessidades especiais e, muitas vezes, dependentes de tecnologia.

Em 1970, o Instituto foi incorporado pelo decreto 66.624/70 à Fundação Oswaldo Cruz como Unidade Técnico-Científica, onde permanece até hoje desempenhando um importante papel social na oferta de leitos hospitalares, na realização de pesquisas e na formação de profissionais qualificados, docentes e pesquisadores.

O Ministério da Saúde através da portaria 4.159/2010 (Anexo 3) definiu o IFF como instituto de referência nacional, para atuar como órgão auxiliar do referido Ministério no desenvolvimento, coordenação e avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil.

Nosso campo de estudo foi a Unidade Neonatal deste Instituto, que ocupa parte do terceiro andar do prédio de assistência, onde também se estabelece o Centro Obstétrico e as enfermarias da obstetrícia. A área física da UN (Anexo 4) abrange a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinada à assistência aos recém-nascidos de alto e médio risco com dimensão de 109,24 m<sup>2</sup>; a Unidade Intermediária (UI) para assistência

aos recém-nascidos de baixo risco e em pré-alta com dimensão de 50,74 m<sup>2</sup>; e a Unidade Intermediária Canguru (UIC) destinada à assistência ao binômio mãe-prematuro com 27,14 m<sup>2</sup> e que se localiza do outro lado do corredor. A UN está cadastrada com 26 leitos, sendo 14 para UTI, 08 para UI e 04 para a UIC.

Complementando a área física, a Unidade abrange uma sala de convívio, banheiro para os trabalhadores, vestiário (no primeiro andar do prédio anexo), quarto dos médicos, alojamento de nutrizes, sala para reunião, sala da coordenação de enfermagem, sala da coordenação médica, área de expurgo e área de guarda de material de almoçarifado.

A equipe da UN é composta pelos seguintes trabalhadores:

- Enfermeiros: 18 plantonistas, dois na rotina e um na coordenação de enfermagem;
- Técnicos de enfermagem: 56 plantonistas e um diarista para reposição de material;
- Residentes de enfermagem: três R1 (enfermeira no primeiro ano de residência) e três R2 (enfermeira no segundo ano de residência);
- Médicos: dois staffs por plantão (diurno e noturno), três na rotina e um na coordenação;
- Residentes de medicina: seis R3 (médico no terceiro ano de residência) que rodam nas três áreas da Unidade Neonatal e dois R2 (médico no segundo ano de residência) que rodam também por outras unidades da instituição;
- Fonoaudiólogas: uma que atende a demanda da UN e do ambulatório; e outra inserida na UN, mas responsável somente pelos exames de BERA (Exame do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico);
- Fisioterapeutas: dois que atendem às solicitações da UN e da Unidade Neocirúrgica localizada no quarto andar;
- Psicóloga: uma que atende às solicitações da UN, mas pertence ao quadro do Departamento de Pesquisa Clínica;
- Terapeutas ocupacionais: dois que atendem às solicitações da UN e do ambulatório;
- Assistente Social: uma que atende às solicitações da UN;
- Auxiliares de Serviços Hospitalares: uma em cada um dos três plantões diurnos;

- Secretárias: três que se dividem nas responsabilidades da parte administrativa da UN;
- Profissionais de outras especialidades: solicitados para responder a pareceres, como cardiologistas, neurocirurgiões, geneticistas e cirurgiões pediátricos.

Faz parte também da assistência neonatal o Ambulatório de Follow-up, destinado ao atendimento de recém-nascidos prematuros egressos da UN. A equipe é composta por três técnicas de enfermagem e cinco médicas distribuídas em turnos de manhã e tarde, além do suporte de fisioterapia motora, psicologia e fonoaudiologia.

### ***3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO***

---

Dentre os 53 trabalhadores participantes deste estudo, 38 são técnicos de enfermagem e 15 são enfermeiras. O quadro 1, apresentado a seguir, descreve o grupo estudado quanto às variáveis referentes ao sexo, idade, tempo de trabalho no IFF e vínculo empregatício. Todas as enfermeiras são do sexo feminino e o grupo de técnicos de enfermagem apresenta apenas 02 trabalhadores do sexo masculino.

A maioria do grupo de enfermeiras encontra-se na faixa etária entre 31 – 40 anos e o grupo de técnicos de enfermagem na faixa entre 41- 50 anos. No que diz respeito ao tempo de serviço no IFF, a maior proporção do grupo de enfermeiras trabalha na faixa de 6 a 10 anos e a maioria do grupo de técnicos trabalha a menos de 10 anos.

Com relação ao vínculo empregatício, 11 enfermeiras são estatutárias e houve um equilíbrio no grupo de técnicos de enfermagem referente a esta variável, apresentando 50% em cada classificação.

Quadro 1 – Características do grupo participante

	ENFERMEIROS (n = 15)	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (n = 38)
<b>SEXO</b>		
Feminino	15	36
Masculino	0	2
<b>IDADE</b>		
Até 30 anos	3	5
31 - 40 anos	6	14
41 - 50 anos	5	14
51 anos ou mais	1	5
<b>TEMPO DE TRABALHO NO IFF</b>		
0 – 5 anos	5	15
6 – 10 anos	7	15
11 – 15 anos	1	1
16 – 20 anos	0	0
21 – 25 anos	1	2
26 -30 anos	1	5
<b>VÍNCULO DE TRABALHO NO IFF</b>		
Estatutário	11	19
Terceirizado	4	19

A equipe de enfermagem da Unidade Neonatal é distribuída em seis plantões de 12 horas, sendo três noturnos e três diurnos. A equipe que atua em cada plantão é composta por três enfermeiras e nove técnicos de enfermagem.

Toda a equipe de enfermagem foi convidada a participar voluntariamente (Apêndice C), com exceção dos trabalhadores que estavam afastados devido à licença médica. A recusa da participação no estudo foi o critério de exclusão. Consideramos fundamental convocar toda equipe envolvida no processo de trabalho, visto que esta pesquisa se situa na postura do coletivo e não em questões individuais.

### *3.3 CONTEXTO DA PRODUÇÃO DO MATERIAL*

---

A produção do material ocorreu em cinco etapas:

- Apresentação da pesquisa;
- Produção das fotografias pelos participantes;
- Desdobramento da Oficina de Fotos: análise das fotografias;
- Elaboração dos Encontros sobre o Trabalho;
- Encontros sobre o Trabalho.

#### *1ª Etapa: Apresentação da pesquisa*

---

Atentas ao fato de que a pesquisadora é simultaneamente a coordenadora da UN e de que isso poderia ser um elemento de constrangimento para o desenvolvimento da pesquisa, convidamos uma pesquisadora, com experiência em trabalho de grupo em Unidade Neonatal, na perspectiva da Ergologia, para participar da produção de dados. Com o objetivo de não inibir e deixar os participantes mais à vontade, essa pesquisadora foi inserida a partir da apresentação da pesquisa para os trabalhadores. Na apresentação, expomos os objetivos e os princípios norteadores da pesquisa, além de convidarmos os trabalhadores a participar, sendo reforçado que seria resguardado o compromisso ético-profissional em relação às questões a serem discutidas, para que a livre circulação da palavra nas discussões pudesse ocorrer sem desconforto.

Os trabalhadores foram convidados a conhecer o estudo através de um cartaz exposto na sala de convívio, com a data e a hora para cada equipe de plantão. Para as equipes dos plantões noturnos, a apresentação foi realizada ao final de cada turno de trabalho, ou seja, às 07 horas da manhã na UI, totalizando 03 apresentações. A apresentação para as equipes dos plantões diurnos ocorreu no início do turno às 8 horas na UTI (03 apresentações) e para a equipe de diaristas a apresentação foi realizada às 10 horas na sala da coordenação de enfermagem da Unidade. Os horários das apresentações foram planejados de modo que não interferisse negativamente no horário da rotina do serviço ou do descanso dos trabalhadores.

A apresentação foi realizada através do recurso *álbum seriado* (Figura 1), cujo conteúdo abordava a justificativa, os objetivos e a metodologia a ser trilhada (Apêndice C). Ao final, os trabalhadores tiveram oportunidade de sanar dúvidas, as quais em sua maioria fizeram referência ao que poderia ser fotografado. Os trabalhadores mostraram-se bastante receptivos e motivados a participar, e já faziam comentários sobre o que gostariam de fotografar.



Figura 1 – Apresentação da pesquisa para as trabalhadoras

### 2ª Etapa: Produção das fotografias pelos participantes

Nesta etapa, os próprios trabalhadores foram convidados a fotografar situações de trabalho. A análise das situações de trabalho, a partir de imagens, tem por objetivo disparar questionamentos e reflexões que permitam que outras formas de trabalhar e viver abordadas venham à tona.

Diversos métodos têm sido usados para estimular a expressividade dos trabalhadores e a fotografia se apresenta como mais uma ferramenta na estimulação da

expressão. Segundo Maurente e Tittoni (2007), a fotografia tem a vantagem de documentar a percepção do participante, com um mínimo de treino, evitando as desvantagens usuais das técnicas de relato verbal. A fotografia pode mostrar o que nem sempre pode ser descrito e dar visibilidade a aspectos do trabalho invisíveis, inclusive para o próprio trabalhador.

Segundo Osório e Maia (2010), a realização de uma Oficina de Fotos permite deslocar o trabalhador para o lugar de observador e analista do seu trabalho, possibilitando aos participantes visualizarem a dimensão de sua participação também na construção do conhecimento científico, para além de sua função de fornecedores de dados a serem analisados e interpretados pelo pesquisador.

Para realizar esta etapa, uma câmera fotográfica digital foi disponibilizada em cada plantão durante doze horas. Foi solicitado que fotografassem situações que considerassem positivas ou negativas para a produção da saúde no ambiente de trabalho. Osório (2008) afirma que modos distintos de fazer e pensar o trabalho emergem quando se tem como tarefa coletiva definir o que fotografar, o que não fotografar, como fotografar as situações escolhidas e como apresentar as fotografias para o debate.

No final de cada plantão, as fotografias eram transpostas para um computador e arquivadas com a pesquisadora para que a câmera pudesse ser disponibilizada para o grupo seguinte. O quadro 2 apresenta o número de fotografias produzidas.

Quadro 2 – Quantidade de fotografias por plantão

	Número de fotografias
SD1	63
SD2	48
SD3	16
SN1	13
SN2	31
SN3	7
Diarista	11
Total	189

Legenda: SD – serviço diurno: 07 às 19 horas

SN – serviço noturno: 19 às 07 horas

Diarista – serviço pela manhã: 07 às 13 horas

As fotografias foram utilizadas como dispositivos para fomentar a discussão sobre a atividade na qual o trabalhador dialoga consigo mesmo, com seu objeto de trabalho e com seus pares.

### *3ª Etapa: Desdobramento da Oficina de Fotos – Análise das fotografias*

---

Nesta etapa do estudo foram realizados sete encontros com o objetivo de convocar os trabalhadores a dialogar consigo mesmos e com os outros ao explicarem sobre as imagens de seu próprio trabalho trazidas para o debate. Os participantes foram convidados através de um cartaz afixado na sala de convívio com data e hora, de acordo com o plantão. Para a equipe dos plantões noturnos foi estabelecido, por opção dos trabalhadores, o horário de 07h30m e os encontros ocorreram em uma das salas do Departamento de Ensino com direito ao café da manhã. Para não interferir na rotina do plantão do dia, os trabalhadores optaram pelo horário de 16h com direito ao lanche da tarde. As diaristas preferiram que o encontro fosse realizado pela manhã na sala da coordenação de enfermagem da Unidade, também com direito ao café da manhã.

Nos encontros, o grupo era constituído pelas pesquisadoras e pelos participantes escalados no dia/noite. No início dos encontros, lembrávamos as etapas já trilhadas e disponibilizávamos as fotografias respectivas de cada grupo. A princípio, pensamos em utilizar o recurso de *Data Show*, mas concluímos que ao expormos as fotografias sobre uma mesa e deixar os trabalhadores manuseá-las, facilitaria a dinâmica de classificação sobre o conteúdo da fotografia (Figura 02). A discussão nesse primeiro encontro teve como alicerce os seguintes tópicos:

- Situações escolhidas para serem fotografadas;
- Sentido que a situação fotografada evoca;
- Comentários dos participantes sobre a fotografia.



Figura 2 – Trabalhadoras classificando as fotografias

Os participantes responderam positivamente a esta estratégia metodológica e as fotografias provocaram interessantes e variadas reações, confirmando seu papel como instrumento de incentivo aos comentários. Os grupos relataram que a princípio combinaram que tipos de fotografias seriam produzidos. Porém, no dia selecionado aleatoriamente para fotografar, devido às variabilidades do plantão, as fotografias foram registradas de acordo com as oportunidades. Os comentários a seguir ilustram como foi a experiência dos participantes em fotografar o ambiente de trabalho:

*“No dia que em que foi realizada a apresentação nós até pensamos: “Vamos fotografar tais e tais coisas.” Mas no dia mesmo do plantão foi muito de surpresa e tivemos que aproveitar o momento: Vamos lá, cada mergulho um flash.”*  
(Giovana- SNI)

*“Assim, eu me incomodo com várias coisas, então quando eu peguei a máquina para tirar as fotos, o lactário me pedindo para assinar, eu cheia de coisas para fazer, e*

*o cara lá (risos). E eu falei que antes de assinar eu tirava um foto. O cara: -‘O que é isso?’ – ‘É um trabalho.’ (risos). Só que eu não justifiquei para o que é. Porque eu escutei de algumas pessoas falando assim: “Ah, eu vou tirar foto do fisioterapeuta, porque às vezes isso me incomoda.” (Vera-SD2)*

*“Eu achei legal. Uma ótima forma de expressão.” (Carolina-SN2)*

*“Você consegue mostrar aquilo que realmente lhe incomoda. Uma coisa é você falar, outra coisa é você mostrar.” (Júlia-SD3)*

A maioria dos grupos optou por discutir as situações negativas no primeiro momento e finalizar as discussões com o que consideraram situações positivas. Apesar de alguns grupos não terem fotografado situações positivas, todos os Encontros finalizaram com questões que geram prazer no trabalho.

Alguns participantes referiram que usaram a fotografia como válvula de escape em um plantão muito agitado, o que resultou somente na captação de situações negativas.

*“Eu achei muito legal porque foi um plantão agitado e aí no final o pessoal até perguntou para mim: - ‘Você não bateu nada de bom?’ Eu falei: - ‘Não. Eu fiquei tão irritada com as coisas que estavam me irritando que eu bati foto de tudo. Foi assim uma disparada e ainda faltou mais um pouquinho’.” (Ângela-SD1)*

O quadro 3 apresenta o tempo de duração e o número de participantes em cada encontro.

Quadro 3 – Duração do encontro para análise das fotografias

Data	Plantão	Duração do EST I	Participantes
05/03/2013	SD1	01h15m	8
06/03/2013	SD2	01h04m	9
07/03/2013	SD3	01h10m	8
19/03/2013	SN1	01h34m	6
20/03/2013	SN2	01h 43m	7
21/03/2013	SN3	01h12m	7
16/04/2013	Diarista	36m	3

As discussões travadas foram registradas por meio de gravação em áudio e foram transcritas logo em seguida à sua ocorrência, possibilitando a pré-análise do material pela pesquisadora e pelas orientadoras para dar sequência à produção do material.

#### *4ª Etapa: Elaboração dos Encontros sobre o Trabalho*

---

Muitas questões surgiram nas discussões a partir das fotografias. Após a leitura das transcrições referentes aos sete encontros, optamos por selecionar 16 comentários que representassem os pontos mais discutidos em cada situação fotografada, visando fortalecer e ampliar a análise sobre as situações de trabalho elencadas pelos trabalhadores.

Apresentamos a seguir a categorização prévia dos comentários selecionados com os pontos abordados, cientes de que outras dimensões poderiam ser abordadas, conforme mostram os resultados.

- **PRAZER / RELAÇÃO COM O CLIENTE E A FAMÍLIA**

*“Porque assim nós trabalhamos para que esses bebês se curem, para que se restabeleçam e possam ir para a sua casa. Então é um momento de grande alegria é*

*quando os pais levam os bebês para casa, e eles confraternizam com a gente, eles compartilham esse momento de alegria, né? De felicidade. O que dá prazer é ver essas crianças voltando... apesar de tudo.”*

*“... da união da nossa equipe, da alegria de ter que trabalhar e compartilhar esse dia com pessoas agradáveis, com pessoas que nós gostamos... Aí surge um bom cuidado e o objetivo maior do nosso cuidado é justamente fazer com que esses bebês tão frágeis e que necessitam de tantos aparatos tecnológicos e cuidados mesmos, eles consigam sair e sair bem. Então eu acho que esse é o objetivo maior do nosso trabalho aqui.”*

*“E nesse dia teve uma coisa legal, que nós não conseguimos fotografar. Que foi o dia que a Shirley trouxe um bolo. Ela trouxe um bolo para a equipe e aí eu falei para ela: ‘Não, a gente vai ter que tirar uma foto sua com esse bolo’. Porque nós queríamos mostrar que é um reconhecimento também. Ela não é obrigada a trazer nada para que alguém cuide melhor do filho dela. Ela traz por prazer.”*

#### ▪ **CONDIÇÕES DE TRABALHO / VALOR DA VIDA**

*“A única coisa que eu acho ruim é o seguinte: independente de a gente ter vaga ou não, a gente sempre tem vaga. Precisou ir para UTI, a gente sempre tem vaga. Então isso que é ruim para a gente porque ocupa nosso espaço, mas a gente sempre tem que arranjar um cantinho para enfiar a criança.”*

*“A gente sempre tem que ter vaga, mesmo que não tenha.”*

*“A falta de espaço para o armazenamento correto das coisas é erradíssimo, pois a instituição cobra uma qualidade; cobra que você trabalhe de forma correta, que você tire brinco, mas não nos dá um espaço correto para sequer armazenar, limpar e mandar o material para esterilização. Um espaço que você possa trabalhar corretamente.”*

#### ▪ RECONHECIMENTO PROFISSIONAL

*“A gente tem a questão da humanização que eu acho importantíssimo, os nossos pacientes merecem isso. Mas assim, eu vejo muito essa discussão da humanização em cima do paciente, e a nossa humanização? Quando é que eu sou humanizado? Porque eu sou largado aqui dentro. Eu me sinto largado.”*

#### ▪ TRABALHO EM EQUIPE

*“A gente acha que quando tem um trabalho em equipe, quando uma pessoa se prontifica, torna-se mais dinâmico, mais fácil, melhora o trabalho. Invés de você ficar somente nas suas crianças, você se deter somente aos seus, você ajuda os demais, eu acho que as coisas colaboraram.”*

*“... estresse de você precisar de uma bomba... Olha lá, a bomba não está na energia... O estresse é a gente mesmo que gera para a gente mesmo e a gente não consegue visualizar isso. A gente só bota a culpa no outro, mas é a gente, é a gente que faz aquilo ali.”*

*“Porque às vezes a pessoa acha que você sentou ali você está à toa. Você não está à toa, você está apazando... Aí vem o cara da farmácia te chama. Só porque você está sentada, parece que você está à toa. E outra coisa, o rapaz da farmácia vem, eu estou sentada apazando, tem uma galera conversando e ele vem em mim. Isso me estressa.”*

*“Ninguém percebeu que meu perfil não é canguru? Precisei de rendição, ninguém ia lá render, ninguém ia lá. Têm que ficar ligando. Eu quero tomar café! Gente, eu quero almoçar!”*

#### ▪ COMPROMETIMENTO / VALOR SOCIAL

*“O que faz essas pessoas? Você vê que são bons profissionais que têm conhecimento e conteúdo e o treinamento é o quê? Repassar o conteúdo, rever a prática, corrigir algumas coisas que estejam faltando, reparar alguns vícios que perpetuam em*

*acontecer. Mas você faz isso tudo para um profissional que já sabe o que fazer, já tem o conhecimento e ele vai aplicar diferente porque é uma opção dele fazer de forma errada, não é? Não é que ele não tenha... eu vejo dessa forma... não é que ele não saiba, não tenha nenhuma informação, ele simplesmente fez a opção de fazer errado...”*

#### ▪ **TRABALHO PRESCRITO E TRABALHO REAL**

*“Protocolos, a gente tem seguido muito pouco os protocolos... Então o que está faltando para gente é ter alguém ali cobrando protocolo.”*

*“A aspiração ela é necessária. Nós sabemos que causa um desconforto, que causa dor, mas você pode amenizar aquilo de alguma forma. Então a ideia foi essa, aproveitar aquele momento da aspiração, do estresse e oferecer um mínimo de conforto para essa criança e ali no caso foi a sucção.”*

#### ▪ **ESTRATÉGIAS DE DEFESA**

*“A gente tem um plantão pesado e a diferença que faz você ter uma confraternização no momento do plantão... Assim, o plantão tem outro rendimento. Eu acho isso muito bacana, porque o plantão pode estar pegando fogo, mas se você tem um salgadinho, uma coisinha para comemorar alguma coisa de alguém, assim isso rende.”*

*“... mas tem um emaranhado de fio que pode tornar um erro, você pode acabar administrando alguma coisa errada, provavelmente a bomba lá de cima é a da dieta. E assim, a gente precisa ter um olhar de organizar isso melhor.”*

#### *5ª Etapa: Encontros sobre o Trabalho*

---

Nessa etapa, citamos um dos objetivos da ergologia que consiste em incitar aqueles que vivem e trabalham a pôr em palavras um ponto de vista sobre sua atividade,

a fim de torná-la comunicável e de submetê-la à confrontação de saberes. Isto permite que os saberes constituídos e socialmente reconhecidos se deixem interrogar pela atividade humana, tal como ela aparece nos pontos de vista. Com esse propósito, Schwartz e Durrive (2010) descrevem que a ergologia utiliza o *Dispositivo Dinâmico de Três Polos* (DD3P) para articular os conceitos, a dimensão histórica da situação de trabalho e o debate de valores.

Schwartz (2000) elucida que o primeiro polo é o dos conceitos, aquele que nos permite ter acesso ao conhecimento antecedente e que nos faz distinguir o que é uma prescrição, como se comporta o corpo humano, como age e o que se espera dele em termos de ação humana; as noções de mercado; a tradução de uma palavra; a comunicação, entre outros conceitos e conhecimentos. É o polo que indica o lugar dos saberes científicos, objeto de um esforço que visa aos produtos da disciplina epistêmica, em um sentido restrito ou amplo.

O segundo polo é o das forças de convocação e de validação. É o polo dos saberes gerados nas atividades, em que os interlocutores da atividade desempenham um papel fundamental, pois eles valorizam seus saberes específicos e transformam sua situação de trabalho. Deve-se estar atento a qualquer ponto de vista hegemônico sobre a concepção de atividade de trabalho.

O terceiro polo é pensado como um polo que propicia o encontro fecundo dos dois primeiros. Este polo é conhecido como polo das exigências éticas e epistemológicas, pois trata da ética à construção das relações de parceria, que se baseia na ideia de ver o outro como seu semelhante. Isto quer dizer que vemos o outro como alguém com quem vamos aprender sobre o que ele faz ou como alguém de quem não pressupomos saber o que ele faz e porque ele faz, quais são seus valores e como eles tem sido (re)tratados.

Neste polo, a troca entre as experiências dos trabalhadores e os conceitos dos especialistas possibilita uma aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o *desconforto intelectual* diante da fragilidade que o saber do especialista ou os conceitos representam para dar conta da complexidade do trabalho em atividade. O terceiro polo não contém saberes prontos ou de investimento real nas atividades, mas nos convoca a uma humildade para retornar à atividade, aceitação da disciplina do conceito e de sua aprendizagem pelos interlocutores destas atividades.

Para pôr em prática o DD3P, Durrive (2010) emprega a dinâmica dos *Encontros sobre o Trabalho*, nos quais ocorrem debates sobre a maneira como cada um se comporta na atividade, para historiar o que lhe está sendo demandado – ou seja, o que está na ordem da antecipação, do conceito e a maneira como cada um estabelece novas normas no momento em que se confronta com o real. Para o autor, na medida em que os trabalhadores podem dizer algo a respeito do distanciamento sempre persistente entre *o que pedem* (através da exigência ou norma) e *o que é exigido* (o que leva a retrabalhar essa norma, a renormatizá-la), ficam melhor posicionados para negociar seu lugar num trabalho coletivo, para aprender com a experiência, antecipar eficazmente os problemas a serem resolvidos, transmitir o que o confronto com o real ensina.

Cada Encontro tem um *animador* com o papel de criar um ambiente propício para que diferentes percepções e pontos de vista venham à tona, favorecendo a dinâmica gerada pelo terceiro polo (Durrive, 2010). Essa dinâmica consiste, primeiramente, em comunicar a cada um com a força de sua própria convicção, o sentimento de que a atividade nunca é banal e que forçosamente ela tem algo a dizer, porque a vida não para. É a chave-mestra do dispositivo, sendo um exercício difícil porque os saberes instituídos são socialmente tão fortes que eclipsam os saberes ocultos. Paradoxalmente, depois de terem insistido nos limites das palavras, que não podem tudo dizer nem preceder inteiramente uma atividade, o segundo desafio consiste em convencer que há necessidade de uma rigorosa verbalização daquilo que a atividade ensina.

Através dessa dinâmica, cada trabalhador participante tem a oportunidade de tornar-se um multiplicador. Do seu próprio jeito, apropria-se criticamente dos conceitos e saberes, faz análise sobre a sua realidade de trabalho e apresenta suas descobertas nas diferentes rodas e espaços institucionais.

Sob o olhar de Durrive (2010), os encontros são considerados *caldeirões* para retrabalho dos saberes, onde as problematizações e o intercâmbio de saberes e de experiências a partir do próprio trabalho surgem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, revelando momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo, e também analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento.

Os dezesseis comentários foram expostos em cartazes em folha A3 distribuídos nas paredes da sala de reunião. Conforme chegavam para o Encontro, os participantes eram convidados a fazer a leitura dos comentários com o objetivo de elencar em média

cinco comentários a serem retrabalhados (foi estipulado o número de comentários devido ao tempo previsto para duração do encontro, a princípio de 01h30m). Interessante que as reações eram as mais variadas entre concordando e discordando, rindo das situações e até mesmo se colocando no lugar do outro ou se reconhecendo.

No período desta etapa, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem diaristas estavam em período de férias e uma enfermeira foi transferida do setor, por isso não foi possível realizar esta etapa junto à equipe de diaristas.

Diante das várias questões apresentadas nos comentários e para manter o foco das discussões de acordo com o objetivo da pesquisa, durante a condução do grupo, as pesquisadoras interviram em alguns momentos solicitando esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos e conduziram o grupo para a questão seguinte quando um ponto já tinha sido suficientemente explorado.

O quadro 4 mostra a duração e o número de participantes dos Encontros sobre o Trabalho:

Quadro 4 – Realização dos Encontros sobre o Trabalho

Data	Plantão	Duração do EST	Participantes
22/07/2013	SN1	01h16m	5
23/07/2013	SN2	01h22m	4
24/07/2013	SN3	01h56m	6
30/07/2013	SD1	01h52m	6
31/07/2013	SD2	01h39m	10
01/08/2013	SD3	01h43m	7

Ao final das discussões foi solicitado a cada grupo que elaborasse um painel que expressasse o sentido do trabalho na Unidade Neonatal (Figuras 3,4,5,6,7, e 8) para que fosse exposto na Instituição. Para a construção do painel foram disponibilizadas as fotografias do grupo, caneta hidrocor, cola e cartolina. Os participantes foram informados que poderiam também escrever ou desenhar e que tinham livre arbítrio na elaboração do painel.



Figura 3 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SD1





Figura 5 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SD3

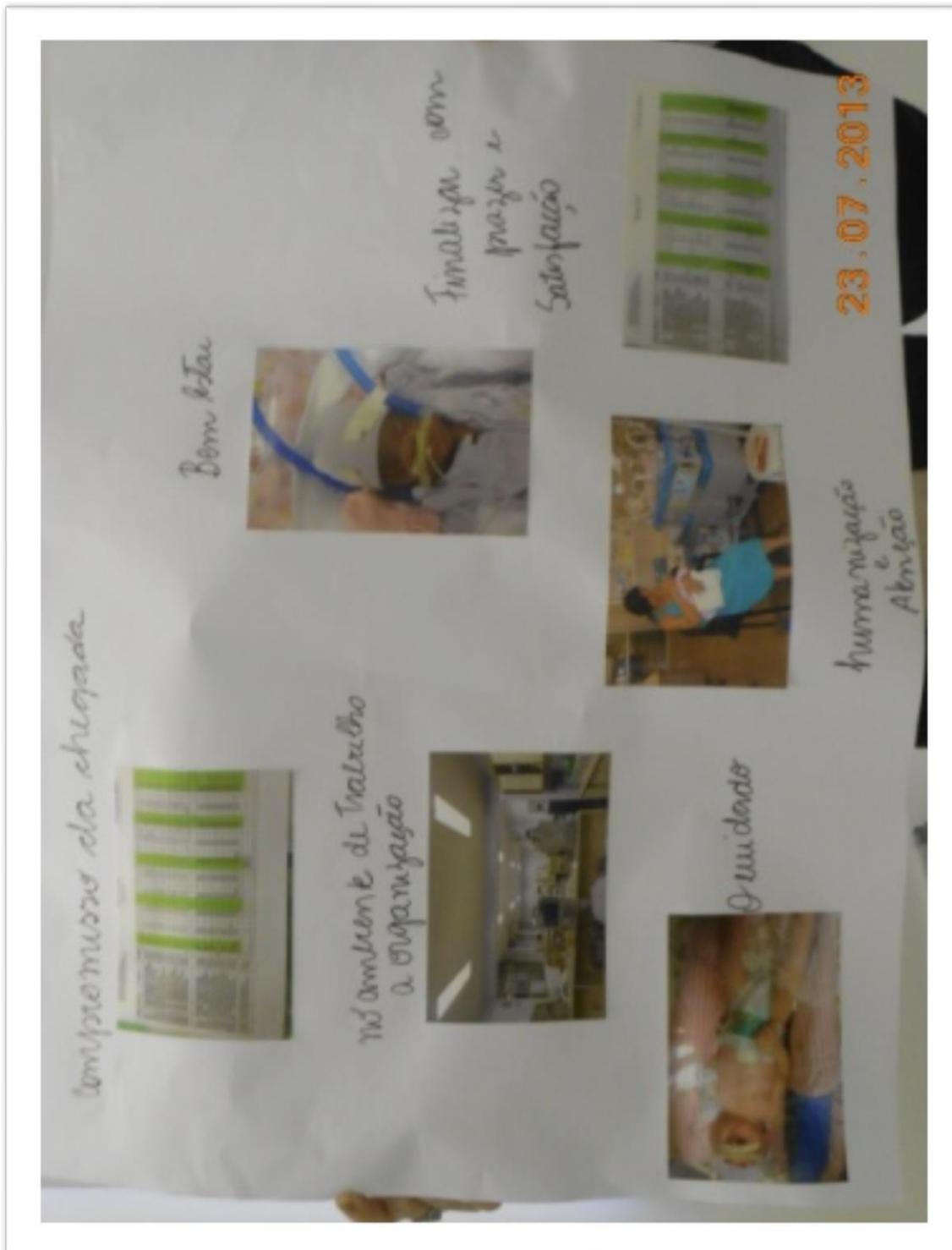


Figura 6 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SN1



Figura 7 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SN2

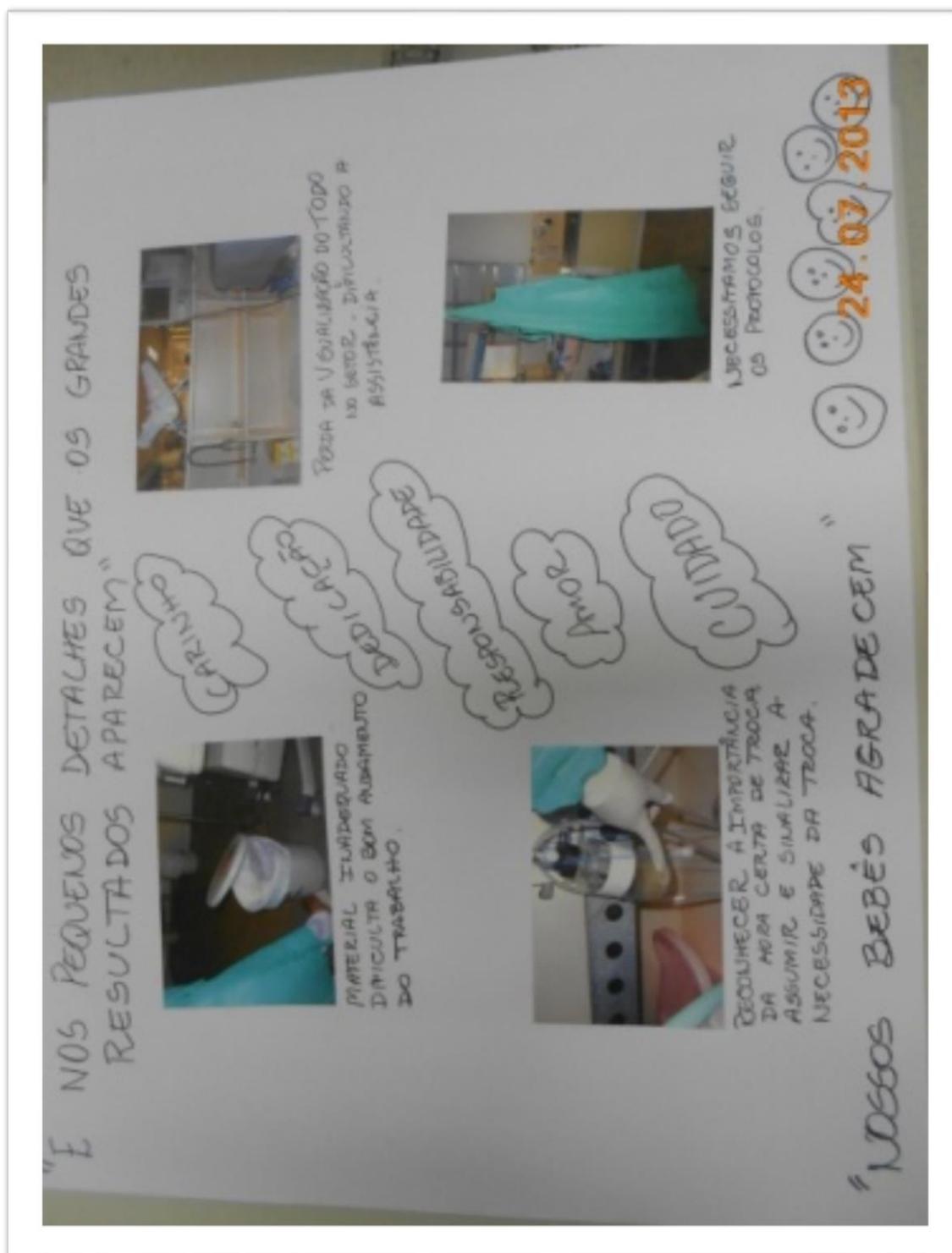


Figura 8 – Painel confeccionado pelos trabalhadores do SN3

Os painéis deram origem a um banner (Apêndice D) para ser exposto na Instituição com o objetivo de socializar os conhecimentos advindos da experiência dos trabalhadores de enfermagem da Unidade Neonatal. A divulgação do banner na Semana de Enfermagem visa despertar o interesse dos trabalhadores da instituição sobre a sua

atividade, possibilitando uma reflexão sobre a organização do trabalho e suas repercussões na saúde dos mesmos.

Ressaltamos que os participantes assinaram o termo de autorização de imagem (Apêndice B) para exposição das fotografias no banner e na tese.

### **3.4 ANÁLISE DO MATERIAL PRODUZIDO**

---

Consideramos que o processo reflexivo e analítico sobre o material produzido permeou todas as etapas da pesquisa, desde a seleção das fotografias, a escolha, pelas pesquisadoras, dos comentários mais significativos para a realização dos Encontros até a finalização, com a análise das falas produzidas nos Encontros sobre o Trabalho.

Em meio à riqueza do material, foi necessário optar pelas questões mais significativas e marcantes na fala dos participantes. As pesquisadoras permaneceram atentas ao risco de os participantes somente terem discutido o que consideravam importante dentro da proposta do estudo ou somente aquilo que consideravam possível dizer, de um modo indireto, à coordenadora da Unidade. Se por um lado a duplicidade de papel da autora poderia ser um constrangimento, ao final dos Encontros concluímos que esta duplicidade funcionou mais como um facilitador, pois serviu de instrumento para que os participantes se dispusessem a falar, acreditando nas possibilidades de mudanças no ambiente de trabalho via diálogo direto com a gestora.

O conteúdo de informações produzido nos Encontros pode representar o principal material de análise no interior de uma cadeia dialógica, já que fornece uma via de acesso privilegiada ao conhecimento de sua atividade. Mas como categorizar um material tão rico de informações relevantes para esta equipe de trabalhadores? Foi o momento de parar e fazer uma retrospectiva do material produzido, da enigmática atividade demandada pelo cenário envolvido e da proposta do estudo. Foi quando fiz uma analogia da atividade desenvolvida pelos trabalhadores com o ditado popular *dando nó em pingo d'água*, a partir do comentário de um dos participantes em um dos Encontros: “*A gente sempre tem que ter vaga, mesmo que não tenha.*”. Essa fala ilustra como os trabalhadores lidam com seus desafios no cotidiano e sempre dão um

“jeitinho” para fazer o que deve ser feito, mesmo parecendo a princípio impossível de ser resolvido.

Essa forma especial de se resolver algum problema, ou situação difícil ou proibida, consiste em uma solução criativa para alguma emergência sob a forma de burlar alguma regra ou norma pré-estabelecida ou sob a forma de conciliação, esperteza ou habilidade. Segundo Vianna (2013), a estratégia adotada tem de produzir os resultados desejados a curtíssimo prazo.

O pensamento de Revuz (2010, p. 223) vai ao encontro dessa afirmação:

*“As pessoas de forma enigmática investem no trabalho, dão de si, vão além do que lhes é simplesmente pedido. E essa é a condição para que o trabalho dê certo, visto que a dinâmica e a complexidade do trabalho levam aos trabalhadores a se depararem constantemente com diversas situações diferentes das que estavam previstas para acontecer.”*

A partir destas duas analogias, os comentários dos trabalhadores foram organizados em sete categorias denominadas como *os nós da atividade*:

- os *nós* referentes à ambiência;
- os *nós* referentes à Unidade Intermediária Canguru;
- os *nós* referentes à superlotação;
- os *nós* referentes aos protocolos;
- os *nós* referentes ao cuidado com a criança crônica;
- os *nós* referentes ao trabalho em equipe; e
- os *nós* referentes ao reconhecimento profissional.

Ressaltamos que a área de Educação Permanente utiliza o termo *nós* no sentido de identificação de problemas (Brasil, 2005). Neste estudo, o uso do termo *nós* vai além dessa dimensão, implicando-o em termos de identificação, enfrentamento e resolutividade de problemas.

Algumas fotografias, consideradas significativas, foram expostas junto com os comentários que lhe foram pertinentes. Nos sujeitos das fotografias de quem não obtivemos autorização de imagem (na maioria mães de bebês que tiveram alta hospitalar) colocamos uma tarja preta para que não fossem identificados. Como o trabalho foi realizado em grupos, citamos os comentários utilizando doze nomes fictícios que foram escolhidos aleatoriamente, com o cuidado de não utilizar nome de algum trabalhador da Unidade.

## 4. RESULTADOS E SUA ANÁLISE

---

*“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.”*

*(Paulo Freire)*

Este capítulo versa sobre a análise do material produzido nas discussões e reflexões entre os sujeitos estudados, fundamentada nas ferramentas teóricas que privilegiam a atividade do trabalho. Ressaltamos que há sempre escolhas a serem feitas e que a análise a ser apresentada poderia se desdobrar em muitas outras, diante da riqueza do material produzido.

Nesse contexto, a análise realizada buscou compreender a atividade do trabalho, através do olhar com uma lupa sobre os debates de normas e renormatizações dos trabalhadores frente ao trabalho prescrito. Os trabalhadores fazem as suas escolhas e ações a partir dos valores que trazem e de suas características, os quais determinam a forma como se comportam e interagem com outros indivíduos e com o ambiente. Os valores são os parâmetros que irão fazer com que o indivíduo opte por determinada conduta.

Do ponto de vista de Duraffourg (2010), os valores estão no centro do trabalho e é através do fazer que se tem acesso aos valores que os trabalhadores engajam no trabalho. É no fazer que observamos as referências concretas que explicam porque uma pessoa age de uma maneira e não de outra. No fazer manifesta-se a dialética do uso de si, a maneira singular pela qual homens e mulheres fazem uso deles em função deles próprios e daquilo que os outros lhes demandam.

Neste contexto de valores, Schwartz (2010a) recomenda que para compreender as situações de trabalho é necessário lembrar sempre da articulação entre o macro (contexto social) e o micro (atividade). O contexto social é o lugar da generalidade e a atividade é o lugar da singularidade que, em sua relação dialética, pode ser comparada a algo da ordem da ligação entre a trama e a urdidura. Essa metáfora, criada por François Daniellou na obra *L'ergonomie en quête de ses principes – débats épistémologiques* de

1996, pretende demonstrar a complexidade do mundo do trabalho que funciona tal qual na tecelagem com o cruzamento dos fios (a trama) que formam os pontos (a urdidura) resultando sempre num tecido com a marca de quem o faz, do local onde ele é realizado e da história que ele carrega (Duraffourg, 2010).

O autor complementa que a trama envolve um conjunto de procedimentos e meios, frutos de experiências capitalizadas nos níveis econômico, técnico, jurídico e organizacional que remetem ao patrimônio da humanidade, no qual se inscreve toda situação de trabalho. É tudo aquilo que o trabalhador converte em memória (objetos, técnicas, tradições) para tentar governar a atividade. A urdidura nas situações de trabalho consiste no investimento efetuado por indivíduos, sempre únicos e singulares, com suas histórias, suas experiências, seus corpos, suas subjetividades, seus desejos e suas expectativas.

Contextualizando a Saúde, na perspectiva da ergologia, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa o macro, junto com suas políticas e diretrizes, e um de seus micros é representado pelo IFF. Ao aproximarmos esta questão para o universo desta pesquisa, podemos categorizar o IFF como sendo o macro e a Unidade Neonatal como o micro. O interesse nessa contextualização remete ao fato do Instituto ser um centro nacional de referência, reconhecido pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, fazendo um papel diferenciado dentro do SUS, o que demanda valores peculiares tanto para a sociedade quanto para os trabalhadores.

Esse valor social é reconhecido e demonstrado pelos seus usuários, através de mensagens enviadas à ouvidoria da FIOCRUZ:

Em 06/07/2013 – usuária do Rio de Janeiro

*“Sou mãe do João, portador de síndrome de Stickler, paciente da residente Mariana. Gostaria de deixar registrado o bom atendimento que tivemos nessa instituição. Fomos bem orientados desde a porta de entrada pelos guardas, bem recebidos pela enfermagem, acolhidos pelas tias que brincam com as crianças na sala de espera e bem atendidas pela equipe médica. Não é nada fácil lidar com a situação de ter um filho*

*especial, mas ajudou e muito confiar na equipe que está cuidando dele. Muito obrigada.”*

Em 29/08/2013 – usuária do Rio de Janeiro

*“Gostaria de elogiar a todos os profissionais do IFF, por terem cuidado de mim e da minha filhota tão bem, agora ela já vai fazer dois aninhos no dia 22 de agosto e com certeza vocês nos ajudaram muito e eu também tenho um desejo muito grande de fazer parte dessa equipe de profissionais. Porém terminei o ensino médio há pouco tempo e não tenho nem uma formação em cursos, se fosse possível conseguir uma vaga pra mim, eu ficaria muito grata, pois eu realmente me sinto muito bem no Fernandes, devido à forma que fui tratada, muito obrigada por me ouvirem.”*

Em: 25/09/2013 – usuária do Rio de Janeiro

*“Muito bom o atendimento de vocês. O trabalho que fazem é de extrema importância para os bebês e a família. Agradeço muito pelo tratamento que tiveram com minha filha. Ela nasceu com a barriga aberta e fez quatro cirurgias até conseguirem colocar todos os órgãos para dentro. Muito obrigado a todos vocês, da equipe da telefonia à cirurgia. Deus lhes pague.”*

Os trabalhadores também reconhecem esse valor institucional, como mostram os depoimentos de Carolina e Luzimar:

*“Eu sou técnica, não sou enfermeira, mas o técnico também tem seu estudo principalmente aqui no Fernandes Figueira. Nós temos a riqueza de ter cursos de atualização dentro da nossa área.”*  
(Carolina-SN2)

*“Na maioria das vezes eu saio daqui estressada e isso é muito cansativo. Mas ao mesmo tempo eu tenho uma certeza: foi a minha escolha. Desde a época da minha residência quando ia abrir concurso eu sabia desse estresse e mesmo assim eu gosto do que eu faço. Você também se sente gratificada e eu penso assim: você trabalha em uma instituição que permite um conhecimento muito grande, é referência nacional, mas isso tem um preço. Trabalhar numa instituição muito boa, o preço é esse.”*

*(Luzimar-SD1)*

Esses depoimentos revelam que o Instituto oferece oportunidades de novos conhecimentos, novos saber-fazer, possibilitando que o trabalhador sinta-se útil para a sociedade, produzindo sentido para a sua própria vida. A partir do momento em que existe um sentido para a vida, o sujeito não se limita somente ao fato de ter um papel na organização, mas sim de estar inserido num sistema social mais abrangente e sentir-se verdadeiramente cidadão.

Seguindo a linha de pensamento referente à mobilização de valores necessária para o desenvolvimento do trabalho e a partir da visão da atividade pelos trabalhadores relatada nos Encontros, colocaremos em palavras parte do micro que envolve esse complexo debate de valores da atividade.

Conforme mencionado no capítulo anterior, o material produzido pelos trabalhadores foi organizado em sete categorias denominadas como *os nós da atividade*: os *nós* referentes à ambiência, os *nós* referentes à Unidade Intermediária Canguru, os *nós* referentes à superlotação, os *nós* referentes aos protocolos, os *nós* referentes ao cuidado com a criança crônica, os *nós* referentes ao trabalho em equipe, e os *nós* referentes ao reconhecimento profissional.

## ***4.1 OS NÓS REFERENTES À AMBIÊNCIA***

---

A questão da área física no Sistema de Saúde vem sendo muito discutida pelas políticas públicas após a publicação da Política Nacional de Humanização. Essa política busca integralidade, universalidade, equidade e incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, visando à valorização dos diferentes sujeitos, trabalhadores e usuários, implicados no processo de produção de saúde (Brasil, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Cartilha da Ambiência destinada à disseminação do conhecimento referente ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ambiência amplia a ideia da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são estabelecidas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo e são vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

Um dos grandes impasses em se tratando da área física do IFF é consequência da sua estrutura predial que foi desenhada para ser um hotel. Quando este prédio foi cedido para ser destinado ao cuidado hospitalar, sua estrutura teve que ser adaptada para disponibilizar o uso de equipamentos e materiais necessários para sua funcionalidade. Isto tem sido uma constante ao longo dos anos devido aos avanços da ciência, da tecnologia e do crescimento populacional.

Em relação aos *nós* referentes à ambiência, os trabalhadores pontuaram questões relacionadas à área física, ao fluxo de pessoas e ao ruído. A começar pelo impasse de oferecer um espaço acolhedor, mencionaram a visão da entrada da Unidade Neonatal que causa impacto tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, principalmente na primeira visita. No corredor principal (Figura 9), equipamentos em *stand by* ou aguardando higienização são colocados ao longo de sua extensão, visto que não existe um local adequado para guardá-los. Isto desperta vários sentimentos nos trabalhadores como verbalizados por Ricardo e Carolina:

*“O corredor com equipamentos: qualquer um que passa aqui dá um ataque de nervos. Tinha que ter um local para colocar isso”.*

*(Ricardo-SN1)*



Figura 9 – O corredor central do 3º andar do prédio assistencial do IFF

*“Olha só, imagina: você num estado de emergência falta luz ou pega fogo, incendeia, vai ter que passar por ali com umas crianças correndo com esse andar desse jeito, entrando um bocado de gente para ajudar. É inviável, esse não é um local de trabalho adequado, isso é um estresse do caramba, entendeu? A gente perde a noção porque a gente trabalha todo dia e a gente se habitua a isso.”*

*(Carolina-SN2)*

Perante o exposto, como já foi abordado no marco teórico, vemos o primeiro embate entre o prescrito e o real. O prescrito pela Cartilha de Ambiência (Brasil, 2010) é oferecer um espaço que possa ser usado como ferramenta facilitadora do processo de

trabalho, favorecendo um atendimento acolhedor e resolutivo. No real observamos carência de espaço físico gerando sofrimento na equipe de enfermagem. É nesse momento que o trabalhador entra em movimento, procurando soluções mais cabíveis para dar conta do trabalho. Isto caracteriza a *atividade industriosa* (Schwartz, 2004a), na qual os trabalhadores vão criando novas normas para enfrentar as variabilidades do trabalho. Há sempre soluções não previstas que devem ser buscadas sem cessar, nesse encontro sempre profícuo entre o trabalho prescrito e o trabalhador que renormatiza.

Continuando a descrição da área física, após passarmos pela entrada da Unidade, visualizamos duas grandes áreas, a UTI e a UI, que impõem aos trabalhadores um desgaste físico demandado pela sua dimensão física e pelo ritmo intenso de trabalho exigido durante a jornada de trabalho.

Lucinha (SD3) refere que sua fotografia (Figura 10) teve o intuito de mostrar como é intensa a demanda física de seu trabalho nesta Unidade:

*“A gente anda o tempo todo na UTI para cuidar das crianças. Essa foto do pé é para mostrar o quanto nós andamos dentro dessa unidade. É para mostrar o estresse que causa. Porque aí o pé cansa demais. Então tirei do pé.”*



Figura 10 – Os pés representando desgaste físico

Leonardo (SN2) complementa a fala de Lucinha, apontando a dimensão da área física e a disposição dos leitos e equipamentos (Figura 11) como fatores potencialmente geradores de sofrimento:

*“Essa UTI grande sem visão para a gente é muito ruim. A gente tem que ficar andando para lá e para cá o plantão inteiro. Tocou o alarme lá na frente, você tem que ir lá olhar o monitor. Mas se você tem uma visão, geralmente em outras UTI você tem, você fica no meio e você tem a visão de todos os pacientes.”*



Figura 11 – Visão panorâmica da UTIN

Mais uma vez observamos um entrave na questão referente ao que a norma prescreve sobre o espaço físico: promover confortabilidade aos sujeitos envolvidos. No real, os depoimentos dos trabalhadores ilustram a afirmação de Schwartz (2010c) que pontua que todo trabalho é sempre uso dramático de si. Observamos que os trabalhadores são convocados a agir sendo confrontados com o que exigem deles e com o que eles exigem de si mesmos.

De acordo com o autor, isso alude à mobilização do corpo si, uma mobilização do corpo para trabalhar, na qual a atividade é efetivamente guiada por um sujeito de carne e osso. Os deslocamentos na atividade vão além da pessoa física ultrapassando o meramente biológico, pois solicitam e inscrevem no corpo o social, o psíquico, o cultural, o histórico, as normas e os valores. Fazendo uma analogia ao exemplo dado por Schwartz (2010a) sobre a atividade de recepção, afirmamos que a atividade de enfermagem mobiliza o corpo, a mente, o conjunto da pessoa humana, tendo em vista que o trabalhador tem que estar atento a uma série de acontecimentos.

A queixa referente à dificuldade de dispor de uma visão panorâmica dos recém-nascidos (Figura 12), referida na fala de Leonardo, também é repetida por outros participantes dos Encontros:

*“As bancadas tiram a visão completamente. Se a criança está dessaturando e está todo mundo ocupado, aí você tem que parar de cuidar da sua criança, tem que dar a volta para ver o que está acontecendo.”* (Lívia-SN1)

*“Antigamente ainda tinha visualização, porque os balcões eram vazados e você conseguia ver todas as crianças. Mas aí misturava as bandejas e era uma bagunça só.”* (Vera-SD2)



Figura 12 – Bancada da UTIN

Segundo os participantes, com o intuito de diminuir o índice de infecção cruzada, foi realizada uma alteração na estrutura das bancadas da Unidade, mas não houve consulta à equipe assistencial. Esta questão tornou o processo de cuidar frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho.

Para minimizar o sofrimento decorrente de mudanças nas estruturas das unidades e seguindo os princípios da PNH, os gestores devem considerar a experiência dos trabalhadores ao buscar atender às normas dos agentes reguladores, já que os trabalhadores estão familiarizados com as necessidades específicas da população de pacientes. Esta valorização dos diferentes sujeitos, implicados no processo de produção da saúde, permite que os trabalhadores que atuam na ponta do serviço – como enfermeiros, médicos, recepcionistas, entre outros – sejam incluídos na discussão e construção do projeto de mudanças, uma vez que estes podem dar mais detalhes sobre o que funciona e o que prejudica o andamento das atividades nas unidades (Brasil, 2010).

A proposta de escuta dos sujeitos vai ao encontro da afirmação de Schwartz (2010a) de que para compreender o trabalho são necessários tanto os saberes disciplinares quanto os saberes dos trabalhadores, que validam conjuntamente as observações sobre a situação que eles vivem. Este envolvimento se torna estratégico, visto que os trabalhadores são detentores de conhecimentos específicos sobre o que já existe (problemas, imprevistos, disfunções, desvios, incidentes e até mesmo acidentes) e são, também, muito importantes na construção e na avaliação de soluções.

Com o intuito de driblar os entraves da área física, os trabalhadores fazem uma verdadeira mobilização do corpo si. Essa mobilização é ilustrada na pesquisa de Alamonica (2013), realizada na mesma Unidade Neonatal deste estudo, cujos resultados mostram que apesar das dificuldades referentes à área da Unidade, os trabalhadores sabem discriminar os sons do oxímetro de pulso, do monitor, da bomba, do respirador, da incubadora, entre outros. Os ouvidos estão sempre atentos aos aparelhos, aos tipos de choro e aos sons, assim como a visão que está sempre inspecionando os bebês, sua cor, seus movimentos e suas expressões.

Essa limitação da área física também impede colocar em prática o que prescreve um dos eixos da Cartilha de Ambiência (2010, p. 6): *“O espaço deve visar à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, (...), e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários”*.

Conforme aborda Nascimento (2012), a qualidade do ambiente da Unidade Neonatal deve atender um parâmetro que assegure a cada paciente o direito a uma assistência humanizada e a uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento.

Nesse contexto, Carolina (SN2) ilustra o quanto a atual área física dificulta a confortoabilidade e a humanização prescritas, principalmente no que se refere ao simples ato de colocar o recém-nascido no colo da mãe (Figura 13):

*“A falta de espaço adequado para a mãe colocar o bebê no colo. Infelizmente ela está no corredor, no meio do caminho, uma cadeira dura para ela, sem conforto. Se eu passar com alguma coisa na mão, eu esbarro nela ou ela tem que levantar para eu passar com uma incubadora por exemplo.”*



Figura 13 – Recém-nascido sendo amamentado

Vale ressaltar que na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, crianças, adolescentes, mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto, pessoas com deficiências e idosos, têm direito à acompanhante – sujeito considerado elemento integrante do projeto terapêutico, com evidente eficácia clínica.

Outro ponto crítico relacionado à ambiência, citado pelos trabalhadores, refere-se ao fluxo de pessoas nesta Unidade. A legislação da ANVISA (RDC 7/2010) dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, e determina que a Unidade Neonatal deve ser um espaço fechado com normas definidas com relação a como entrar e quem deve entrar. Apesar de ser um local de acesso restrito aos trabalhadores e pais, as falas dos participantes mostram que várias pessoas de outros Serviços (farmácia, lactário, raio X, arquivo, entre outros) circulam em busca de pessoas, informações ou materiais. Luzimar afirma que “*Nunca viu uma UTI tão aberta assim como essa*”.

Um fator facilitador desse aumento de fluxo de pessoas é a porta de entrada (Figura 24), cujo *sensor de presença* abre automaticamente, quando uma pessoa se posiciona em frente à porta. Parece convidar o sujeito a entrar.



Figura 14 – Porta de entrada da UTIN

Os trabalhadores comentaram que não existe um funcionário destinado ao controle de fluxo de pessoas no setor, fato que os sobrecarrega, visto que além de prestar os cuidados devem vigiar quem entra na Unidade. Nos comentários a seguir, Bianca e Giovana expõem o incômodo gerado:

*“Todo mundo entra. Entra mais gente que no alojamento conjunto. Entra mais gente do que lá embaixo que é setor aberto.”*  
(Bianca-SN3)

*“A gente tem que barrar as pessoas no meio do caminho. A gente tem que estar falando: quem autorizou entrar? As pessoas vão entrando sem identificação e sem autorização.”*

(Giovana-SN1)

Por ser uma instituição de ensino, além dos funcionários, transitam pela Unidade os residentes, os especializandos e os capacitandos da equipe multiprofissional. A Unidade também recebe visitas técnicas de outras instituições e quando não há controle por parte dos gestores acarreta num inadequado fluxo de pessoas na Unidade.

Segundo Dejours (2011), as condições do ambiente físico de trabalho alteram o processo de trabalho, provocando prejuízo no cuidado do paciente e aumentando o sofrimento para os trabalhadores. A aplicação desta afirmação na prática, no que se refere ao aumento no fluxo de pessoas, é exemplificada por Luzimar e Lucinha, respectivamente:

*“Hoje devia ter umas 50 pessoas dentro da unidade. Para a gente é muito ruim, a gente não trabalha direito. Tipo assim, não é que eu não trabalhe, que eu não faça o meu trabalho, a questão não é essa. É que é muito barulho, é muito tumulto, é todo mundo falando, todo mundo mandando, é muito estressante.”*

*“Na verdade hoje teve a chegada das residentes de enfermagem, do grupo de especialização e dos residentes médicos. Então eu contei pela manhã umas 50 pessoas juntando o pessoal da rotina e depois de uma hora da tarde a UTI estava vazia.”*

A clientela neonatal é caracterizada por recém-nascidos graves ou potencialmente graves que devem ser tratados de acordo com os princípios da bioética. Isto requer atitudes individuais e coletivas para que sejam respeitadas a privacidade, a individualidade e a dignidade dos pacientes. Estas atitudes são comprometidas em situações de grande fluxo de pessoas devido ao barulho e à exposição desnecessária do recém-nascido.

Júlia (SD3) sugere que se faça um rodízio, visando melhoria na dinâmica de visita técnica:

*“Eu acho que tinha que fazer até um rodízio, são 20 alunos que entram para conhecer a UTI, passam de leito a leito, então por que não divide? Entra 3, depois entra mais 3. Apesar de falarem super baixo, mas aquele tumulto de 20 pessoas, eu não consegui chegar no bebê da hérnia. Eu pedi licença para poder aspirar porque ele (supervisor dos alunos) estava passando o caso da hérnia para alunos. Enfim, eu acho que tem que ter um rodízio. Eu entendo que é ensino, que é pesquisa, que é tudo, mas eu acho que a gente tinha que fazer rodízio, até mesmo para a gente trabalhar num ambiente mais agradável, né?”*

Para conseguir estabelecer uma relação de saúde no meio, Schwartz (2010c) menciona que os trabalhadores ao se deparar constantemente com infidelidades que se combinam e se reforçam, devem enfrentá-las e geri-las para tornar o trabalho vivível. Viver significa não executar somente às instruções e se submeter à imposição, regras e normas. Viver é tentar recentrar o meio em torno daquilo que são suas próprias normas.

Os estudos de Canguilhem (2010) ressaltam a importância de instaurar novas normas em situações adversas considerando que ser saudável significa lidar com os riscos, as adversidades e as nocividades que se apresentam. Para o autor, adoecer é adequar-se a um único meio restrito e limitado, da ordem da normalização.

A fala de Luzimar (SD1), sobre o fluxo de pessoas na Unidade, traz outro ponto crítico da ambiência abordado pelos trabalhadores: o ruído. Sabemos que os avanços tecnológicos e as abordagens diagnósticas e terapêuticas são necessários ao cuidado neonatal, mas desencadeiam uma transformação ambiental no nível de estimulação sonora. Tanto usuários quanto trabalhadores ficam expostos a elevados níveis de ruído.

Abrahão e cols (2013) afirmam que o ruído deve ser considerado como um risco, principalmente quando, de maneira insidiosa ou abrupta, pode causar dano à audição, ou ainda, trazer prejuízos sistêmicos. A perda auditiva depende de vários fatores e está diretamente ligada à intensidade (nível de pressão sonora), ao tipo (contínuo, intermitente ou de impacto), à duração (tempo de exposição a cada tipo de agente) e à qualidade (frequência dos sons que compõem o ruído em análise) do ruído. Os níveis de ruído máximos permissíveis são legalmente estipulados pela NR-15 da Portaria nº 3.214/78. Estes níveis são determinados em função da intensidade do ruído no ambiente de trabalho e do tempo que o funcionário fica exposto a ele.

As Unidades Neonatais são ambientes com diversos estímulos, entre eles, os sonoros, produzidos pela circulação de pessoas dentro da unidade, alarmes dos equipamentos de suporte à vida, abertura e fechamento das portinholas das incubadoras, das tampas de lixos e das portas de entrada da unidade, além do alto fluxo de água das torneiras, da conversa entre trabalhadores e família, dentre outros (Ichisato e Scochi, 2006).

Alguns desses exemplos foram pontuados pelos trabalhadores:

*“Eu mando calar a boca, os alarmes me incomodam e as pessoas ou elas são surdas ou já estão vacinadas contra o ruído. Pode cair todo o teto em cima que ninguém se incomoda, mas você percebe que isso estressa porque as pessoas começam a falar cada hora mais alto.”*

*(Ângela-SD1)*

*“Isso aqui é que não aguento: o tamanho dessa lixeira e o barulho que ela faz quando fecha. Até a criança se assusta dentro da incubadora”*  
(Júlia-SD3)

*“À noite o barulho das máquinas é uma coisa estressante. Eu acho que o presente que eu queria ter no dia que eu aposentasse era poder quebrar um monitor daquele. (risos) Não, eu falo isso em casa, às vezes eu chego em casa e aí a criança fica assim, ou então o meu marido fica assim: - ‘Bia, Bia, Bia’. – ‘Mãe, mãe, mãe’. Aí eu dou um grito e eles dizem: - ‘Você é grossa!’; - ‘Não, não é grosseria. Vocês não têm noção, não é o barulho alto, uma música; o problema é esse som repetitivo, isso me tira do sério, essa repetição, esse Bia, Bia, Bia. Mãe, mãe, mãe, mãe...”*  
(Bianca- SN3)

*“Quando a UTI tá cheia o primeiro box fica cheio e a criança fica internada ao lado da porta da entrada da UTI. Então assim, a porta abre e fecha. Faz um barulhão o tempo todo. Aquela criança que está ali ela não descansa, porque aquela porta abre o tempo todo.”*  
(Marlene- SD2)

Segundo o *Joint Committee of infant Hearing* (2000), o ruído ambiental das UN não deve ultrapassar 60 decibéis e segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), o limite é estabelecido em 50 decibéis. Os prematuros são ainda muito mais vulneráveis a ruídos altos na UTI e possuem risco mais elevado de perda auditiva induzida por ruídos ambientais. O limiar de audição é de 13,5 decibéis entre 27-42 semanas de gestação e normalmente esta maturação ocorre fora do útero, ou seja, no interior de nossas Unidades Neonatais.

Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005, p. 495) afirmam que:

*“os danos causados ao recém-nascido internado em UN podem ser caracterizados por estresse, irritabilidade, alteração do ritmo circadiano, das frequências cardíaca e respiratória, da pressão*

arterial, da oxigenação, do peristaltismo e do consumo de glicose, podendo retardar a sua recuperação. Para os trabalhadores, os efeitos deletérios dos elevados níveis de pressão sonora podem ser caracterizados pelo aumento da pressão arterial, alteração no ritmo cardíaco e no tônus muscular, cefaleia, perda auditiva, confusão, baixo poder de concentração, irritabilidade, *burnout* e insatisfação com o trabalho”.

Os autores complementam que o trabalhador de Saúde, também, pode ser prejudicado no desempenho de suas atividades quando é exposto a elevados níveis de pressão sonora. A situação poderá induzi-lo ao erro e, conseqüentemente, comprometer a segurança dos pacientes, uma vez que estes necessitam de atenção intensiva e de rápidas decisões tomadas pelo trabalhador. Essa questão foi levantada por Ângela (SD1) referente ao ruído do acionamento da centrífuga, presente na área destinada a exames laboratoriais, que fica separada da sala de medicação por uma divisória, o que gera estresse:

*“Sala de medicação é uma concentração grande de estresse, são vários estresses. Já na entrada, nós temos um equipamento que é uma centrífuga, que faz grande barulho e é uma queixa constante. Então você vai preparar a medicação, você vai concentrado para não errar o volume da medicação que você tem que preparar e você tem uma centrífuga que faz um barulho contínuo. Esse é um ponto de estresse que atrapalha a sua concentração.”*

Ângela relaciona ruído ao estresse. Segundo a Academia Americana de Pediatria (2000), o estresse é definido como um fator físico, químico ou emocional gerado de tensão física ou mental que pode ser determinante para o adoecimento. O estresse provoca conseqüências sob a forma de problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, comprometendo o indivíduo e as organizações.

Pontes (2004) cita em seus resultados que o estresse relacionado ao trabalho resulta de várias situações em que o trabalhador percebe este ambiente como ameaçador

às suas necessidades de realização pessoal e profissional. O prejuízo na interação do trabalhador com suas funções e com seu ambiente de trabalho ocorre na medida em que esse ambiente contém demandas excessivas a ele ou que ele não contenha recursos adequados para enfrentar tais situações.

Apesar dos inúmeros ruídos característicos dos equipamentos como bombas infusoras, monitores de frequência cardíaca, oxímetros e respiradores, o ruído que provoca mais incômodo, segundo os trabalhadores, é aquele advindo da conversa dos próprios trabalhadores. Na tentativa de minimizar o ruído, os trabalhadores relataram que algumas medidas foram estabelecidas como o horário de silêncio e a instalação de um aparelho para medição do ruído ambiental (Figura 15). No horário de silêncio, com duração de duas horas no período da tarde, a Unidade Neonatal é escurecida para descanso efetivo dos recém-nascidos, além de trazer tranquilidade ao ambiente e reduzir estresse da equipe. Nenhum procedimento eletivo é realizado neste período.

A segunda iniciativa tem como objetivo colocar em prática o projeto de redução de ruído<sup>1</sup> na Unidade. Porém, devido a questões administrativas, o projeto ainda não foi totalmente implantado e a maioria dos trabalhadores da equipe relata não ter conhecimento do projeto. Apesar dos esforços da equipe, ainda não se conseguiu reduzir o incômodo provocado.

*“Tirei essa foto aqui desse ouvido, não que esse ouvido me incomode, mas para mostrar que o barulho lá dentro me incomoda muito. Gente, essa UTI é extremamente barulhenta, ninguém respeita, é uma gritaria, todo mundo fala alto.”*

*(Marlene- SD2)*

---

<sup>1</sup> Projeto sob a responsabilidade da pesquisadora Adriana Duarte Rocha lotada na Unidade de Pesquisa Clínica do IFF/FIOCRUZ.

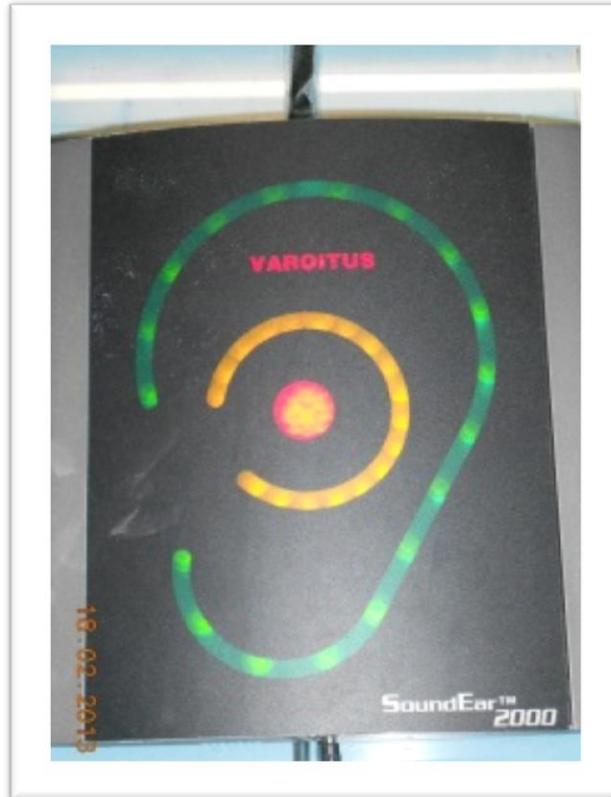


Figura 15 – Aparelho para medição do ruído ambiental

O ruído foi revelado por Ricardo (SN1) como fator de desmobilização para o trabalho:

*“E aí na verdade quando você está na sua casa, você pensa duas vezes se vai para aquele plantão com aquela gritaria, com aquele montão de barulho, com aquele montão de não sei o quê?”*

Esse trabalhador diante das variabilidades no ambiente de trabalho precisa gerir o tempo todo, entretanto, o sofrimento pode ser desencadeado pelo fracasso (SCHWARTZ, 2010c). Esse fracasso pode desencadear manifestações de sentimentos de impotência ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção ou de desamparo. Esses sentimentos são revelados tanto na fala de Ricardo (supracitada) como na fala de Lucinha (SD3):

*“A instituição cobra uma qualidade, cobra que você trabalhe de forma correta, que você tire brinco, mas não nos dá um espaço para que você possa trabalhar corretamente.”*

Lucinha traz à baila o valor da qualidade do trabalho ao qual não se é dado o devido apoio para que o trabalho possa ser desenvolvido adequadamente. As instituições estabelecem normas para si mesmas e essas normas podem não ser pertinentes ao fazer dos trabalhadores. E mais uma vez o trabalhador está no *centro de um drama* necessitando fazer escolhas, nem sempre conscientes, porém procurando encontrar um equilíbrio aceitável entre o uso de si requisitado e consentido (Schwartz, 2010c). Tudo isso provoca uma tensão em direção à saúde, visto que o debate de normas gira em torno da subjetividade, do que tem valor para o trabalhador e do que é sofrimento no trabalho. É necessário que o trabalhador busque um equilíbrio entre as suas próprias normas, as normas do coletivo relativamente permanente e as normas do coletivo social para se manter saudável. Assim, os trabalhadores poderão transformar o trabalho e principalmente aquilo que os faz sofrer.

#### ***4.2 OS NÓS REFERENTES À UNIDADE INTERMEDIÁRIA CANGURU***

---

Introduzido em algumas Unidades de Saúde brasileiras na década de 1990, o Método Canguru é hoje uma política de saúde para promoção da segurança de recém-nascidos de baixo peso e redução da mortalidade infantil. Consiste em um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas, conforme determinado na Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (Brasil, 2013). Na segunda etapa, o binômio mãe-bebê fica alojado na enfermaria para que o bebê permaneça de maneira contínua com sua mãe, e para que a posição canguru seja realizada pelo maior tempo possível.

Atendendo à prescrição referente ao Método Canguru, em outubro de 2012 foi inaugurada a Unidade Intermediária Canguru no IFF. Para capacitar a equipe

multiprofissional, foram realizados cursos pelos tutores do Ministério da Saúde, visando o pleno exercício do Método. Nos Encontros sobre o Trabalho, os trabalhadores revelaram que para trabalhar de acordo com este Método, além de cursos e treinamento, é necessário que o trabalhador tenha um “perfil” peculiar para desenvolver as atividades necessárias a este tipo de assistência.

*“Ninguém percebeu que meu perfil não é canguru?”*

*(Bianca-SN3)*

Mas o que significa “perfil canguru”? Esse perfil envolve competências necessárias para desenvolver o trabalho de acordo com as características desta Unidade, que amplia o olhar assistencial para além do recém-nascido, englobando a família, em especial, a mãe. Pelo histórico do trabalho em Unidades de Terapia Intensiva, os trabalhadores estão acostumados com um ritmo de trabalho intenso, diferente do ritmo demandado pelos cuidados na UIC. Nesta Unidade, as manipulações aos bebês são menos frequentes, o ruído é minimizado pela ausência de monitores e equipamentos e o número de leitos é menor. Conseqüentemente, o fluxo de pessoas diminui e o ambiente torna-se mais aconchegante para que o bebê permaneça mais tempo dormindo, contribuindo, assim, para um crescimento e desenvolvimento mais adequado. Ressaltamos que, por estarem clinicamente estáveis, os bebês não usam monitores, fator que implica numa supervisão mais rigorosa pela equipe, sendo necessário o uso de uma acurácia perceptiva que mobiliza todos os seus sentidos, mobilizando o corpo si.

Outra competência necessária consiste em estabelecer uma relação harmoniosa com a mãe, tendo em vista que parte dos cuidados aos bebês dessa Unidade começa a ser realizado pelas mães, sob a supervisão do trabalhador de enfermagem. O incentivo do envolvimento dos pais quanto aos cuidados, além de promover o vínculo familiar, visa desenvolver senso de responsabilidade e de competência, para que eles possam cuidar do seu filho em casa de maneira mais segura.

*“O canguru, por exemplo, tem gente que acha que não tem que fazer nada. Um dia aconteceu que a sonda da criança saiu e a*

*mãe estava introduzindo. Entendeu? O profissional que fica lá não é pra mãe medir resíduo, não é para abandonar a mãe fazendo a dieta sozinha. Então eu chequei ele (o bebê) e aspirei para ver se tinha resíduo e falei: 'Agora você pode mexer.' Fui mexer na outra criança. Nesse meio tempo a criança começou a botar a sonda para fora, mas a sonda estava presa pelo bigode e a mãe começou a introduzir de novo. E quando eu vi que ela estava tentando fazer aquilo meio que escondido, eu disse: 'Não, não, não. Para, para, para. Pode deixar que eu vou aí te ajudar.' Aí expliquei para ela que sonda é perigoso, porque se estiver no lugar errado pode levar a criança à óbito. Conversei com ela direitinho. Então assim, não adianta a gente largar a mãe para lá. Eu acho o Canguru mais perigoso do que o BAR e o BI. Porque assim, dentro da UTI se o monitor alarma lá atrás eu sei o que está acontecendo e no canguru não tem monitor."*

*(Giovana-SNI)*

Essa passagem do relato de Giovana revela a importância de supervisionar os cuidados aos bebês. Vale ressaltar que não há uma prescrição determinando que a mãe deva fazer todos os cuidados do bebê quando ele estiver internado nessa Unidade. A proposta do Método Canguru visa orientar as mães para os cuidados referentes à higiene e à amamentação, incentivando a sua participação.

Alguns estudos, como o de Gaíva e Scochi (2004), mencionam que há uma ambivalência na relação entre a equipe e a família, visto que ao mesmo tempo em que os trabalhadores reconhecem a participação das mães no cuidado dos filhos como indispensável, em alguns momentos, a presença materna dificulta o desenvolvimento das atividades da equipe. Também no estudo de Masson (2007), foi observado que essa ambivalência decorre de uma falta de clareza sobre o papel das mães, além do fato de que estas representam sempre novas pessoas que precisam aprender o “serviço”, ou seja, acabam sendo vistas como uma sobrecarga, uma instância exigente de informações, carente de atenção e suporte emocional e, algumas vezes, fiscalizadora do trabalho.

É preciso, no entanto, considerar que as mães encontram-se em um processo de adaptação. O nascimento de um RN prematuro traz angústias e ansiedades aos pais que muitas vezes se culpabilizam por este acontecimento. Após os meses de espera e de preparação e as horas do trabalho de parto, o bebê finalmente chegou. Porém, ao invés de ser o bebê idealizado pelos pais, o que traria um momento de felicidade, ele é pequenino e frágil. Conseqüentemente, o medo e a culpa podem surgir, o que muitas vezes pode levar a um sentimento de incapacidade de se vincular e de se apegar a este ser desconhecido. Um desconhecido isolado em uma “caixa de acrílico”, pouco acessível ao toque, cheio de fios e equipamentos barulhentos.

Portanto, o acolhimento e a compreensão do sofrimento dos pais devem ser inseridos no processo de trabalho, visando aumentar o vínculo entre o bebê e a família. Ações simples como o toque, a conversa, a informação técnica referente às normas da Unidade e as informações sobre o quadro clínico do RN, principalmente sobre o peso, são aspectos positivos para os familiares (Lemos e Rossi, 2002).

A partir de sua experiência, Lucinha (SD3) revela que diante dessa situação tão peculiar “*as mães do canguru surtam.*” Uma das formas encontradas para minimizar este sofrimento foi estabelecer o passeio ao pátio da Instituição (Figuras 16 e 17). Essa iniciativa, além de minimizar o sofrimento da mãe, revela como o prazer pode brotar dos bons resultados do trabalho e pode advir não somente na atividade em si, mas também na busca da superação dos desafios e desgastes que ela provoca. Na presença de desafios, os trabalhadores usam de criatividade e inteligência, justamente os elementos básicos que, na perspectiva de Dejours (2011), proporcionam o prazer no trabalho executado.

*“Uma coisa bem legal foi a iniciativa do passeio pelo hospital. Sempre que tem um solzinho num dia bonito levamos as mães com o bebê no canguru. É uma coisa muito gostosa, porque elas se sentem super bem. Eu fico muito feliz.” (Lucinha- SD3)*



Figura 16 – Mães da UIC passeando no pátio da Instituição



Figura 17 – Mãe da UIC passeando no pátio da Instituição

*“Tem uma mãe aqui que ela estava chorando o tempo todo, né? Eu falei para ela: - ‘Vamos fazer o seguinte, à tarde a gente vai dar uma voltinha lá em baixo, vamos passear lá embaixo.’ Ela falou assim: - ‘Eu não quero não.’ Eu falei assim: - ‘Depois da dieta das crianças vamos colocar as crianças no canguru e a gente desce com eles.’ Ela disse: - ‘Com o bebê?’ Eu falei: - ‘É’. - ‘Ah, eu quero.’ Não chorou mais. Eu botei o bebê e descemos. Ficamos um pouco lá em baixo, depois desse dia ela é outra pessoa.”* (Lucinha-SD3)

Um grande entrave no processo de trabalho dessa Unidade refere-se ao coletivo de trabalho. A UIC encontra-se do outro lado do corredor da UTI e UI, o que parece gerar nos trabalhadores uma sensação de isolamento de seu coletivo, como apontam as verbalizações de Lívia e Vera:

*“Precisou de rendição, ninguém vai lá render, ninguém vai lá.”* (Lívia-SN1)

*“Têm que ficar ligando para dizer: Eu quero tomar café! Gente, eu quero almoçar!”* (Vera-SD2)

Essas falas parecem expressar ausência de um trabalho coletivo. Segundo os trabalhadores, um técnico de enfermagem é responsável pela assistência na UIC durante cada turno de 12 horas. O revezamento para almoço, lanche e necessidades fisiológicas deve ser realizado conjuntamente com um técnico escalado na UTI ou UI, de acordo com a demanda diária de assistência nestas unidades. Esse revezamento não é uma prescrição da organização do trabalho. Consiste em uma regra de ofício (Dejours, 2012) para que os trabalhadores possam realizar o que a organização espera que eles cumpram. Percebe-se nas falas que os trabalhadores tentam regular as dificuldades observadas no curso do trabalho, mas existem desavenças capazes de produzir desacordos sobre as maneiras de desenvolver o processo de trabalho.

Esses desacordos podem afetar o equilíbrio da saúde dos trabalhadores, assim como a motivação para o trabalho. De acordo com Schwartz (2010c), o meio pode levar à motivação fraca dependendo do que ele oferece como *meio para viver*. Se houver uma série de aspectos constrangedores, de obrigações e de limitações, a saúde dos trabalhadores pode ser afetada.

As questões referentes à Unidade Intermediária Canguru poderiam ser discutidas dentro da categoria *nós da ambiência*, porém, a nosso ver, os problemas gerados no cotidiano afetam de forma peculiar o equilíbrio da saúde dos trabalhadores.

### ***4.3 OS NÓS REFERENTES À SUPERLOTAÇÃO***

---

Esta categoria traz várias implicações referentes à acomodação dos leitos, à sobrecarga de trabalho e ao quantitativo de pessoal. O primeiro grande entrave é a acomodação dos leitos. Conforme mencionado no capítulo 2, a Unidade é dividida em três setores: UTI, UI e UIC que podem receber adequadamente 14, 08 e 04 RN, respectivamente. Quando ocorre a superlotação, a UTI é o setor mais prejudicado chegando a atender 19 RN, dificultando, portanto, o uso do espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

*“A gente sempre tem que ter vaga, mesmo que não tenha.”*

*(Vera-SD2)*

Vera, nessa fala, revela que não existe a possibilidade de não dar conta do que se pede, principalmente pelo fato do trabalhador estar lidando com a “vida de um ser humano”. Portanto, tal situação leva os trabalhadores a lidarem com as lacunas a seu modo, tendo em vista que as normas antecedentes não conseguem prever tudo que deve ser feito. Isso é o que Schwartz (2010c) denomina *vazio de normas*, no qual o

trabalhador faz uso de seus próprios recursos e capacidades para gerir as infidelidades do meio.

Os trabalhadores citam que por ser uma Unidade de referência para gestação de alto risco fetal, muitas vezes a parturiente chega em trabalho de parto e não há tempo hábil para conduzi-la para outra instituição. Em algumas situações, elas trazem um mandato judicial determinando a internação. Conseqüentemente, independente de ter vaga ou não, a equipe reorganiza os leitos de modo a acomodar mais um recém-nascido.

*“A única coisa que eu acho ruim é o seguinte: precisou ir para UTI, a gente sempre tem que arranjar um cantinho para enfiar a criança.”*  
*(Júlia-SD3)*

Júlia menciona outra situação onde a prescrição emerge como uma cobrança – *a gente sempre tem que* - e o trabalho real, demandado por esta norma antecedente, determina uma mobilização do corpo si, muitas vezes invisível. Schwartz (2010d) elucida que este corpo detém saberes construídos na história singular ao longo da trajetória de vida, mas que interagem com as situações vividas no momento presente podendo ser reforçado, reprocessado e retrabalhado.

Essa visão da dimensão do corpo no trabalho também é discutida pelas enfermeiras Figueiredo e Carvalho (1999), ao afirmarem que o trabalhador de enfermagem usa o corpo por inteiro, num trabalho corporal não apenas mecânico, porque não é dissociado da emoção, da consciência e da busca do prazer. Para as autoras, um corpo não pode ser repartido entre o mental e o físico ou entre o individual e o social. O corpo consiste em um instrumento de cuidado quando se trata de pessoa e envolve muito mais do que sua capacidade e criatividade.

É necessário todo esse envolvimento do corpo na atividade justamente porque o meio é infiel. Ele jamais permite que o trabalho seja exatamente igual de um dia para o outro. Como mencionado por alguns trabalhadores, o plantão pode estar calmo, mas a chegada de um RN, principalmente prematuro de muito baixo peso ou portador de hérnia diafragmática, demanda uma mobilização de vários membros da equipe multiprofissional, desde a equipe médica até o trabalhador da limpeza. Esta imprevisibilidade do cotidiano da Unidade Neonatal, também foi pontuada no estudo de

Gomes (2011, p.129) no qual um trabalhador cita: “*Está calmo, mas em 20 minutos tudo pode mudar*”.

O envolvimento do corpo como um todo repercute no processo de adoecimento. Na análise de Dejours (1991), a atividade de pensar, necessária para o trabalho, não se situa unicamente no cérebro, passa pelo corpo inteiro, o que implica na articulação entre doenças mentais e doenças somáticas. As doenças mentais seriam sempre, ao mesmo tempo, doenças do corpo, e as doenças do corpo seriam sempre, ao mesmo tempo, doenças mentais. Ou, se preferirmos outra formulação: toda doença seria sempre, simultaneamente, tanto mental como somática.

Outro ponto decorrente da superlotação é a sobrecarga de trabalho referida pelos trabalhadores. Laurell e Noriega (1989) conceituam cargas de trabalho como elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o da corporeidade humana. A intensidade das cargas depende da forma de produzir, da organização do trabalho e divisão do trabalho, associadas às relações de força entre capital e trabalho. As cargas podem ser analisadas separadamente, mas na concretude do processo de trabalho elas interagem entre si e com o corpo do trabalhador.

De acordo com as autoras, as cargas podem ser divididas em dois grupos: aquelas que têm materialidade externa ao corpo do trabalhador, como as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e as que só adquirem materialidade na corporeidade humana, ou seja, as cargas fisiológicas e psíquicas. A noção de carga psíquica apresenta um diferencial em relação às outras, pois, neste caso, o potencial que provoca a doença pode vir tanto de uma sobrecarga (derivada de situações de tensão prolongada), como derivar de uma subcarga (subutilização das capacidades relacionadas ao aparelho psíquico). Neste segundo grupo estariam: a perda de controle sobre o trabalho (pela subordinação ao ritmo e movimento da máquina); a desqualificação do trabalho (devido à separação entre concepção e execução); e a fragmentação do trabalho, resultando em monotonia e repetitividade.

Considerando que as cargas interagem entre si no processo de trabalho, a sobrecarga de trabalho na Unidade Neonatal muitas vezes é invisibilizada pelo fato dos recém-nascidos serem leves e pequeninos. Masson (2007) refere em seu estudo que os recém-nascidos, apesar de serem mais leves e menores do que adultos (carga

fisiológica), demandam observação contínua e rigorosa (carga psíquica) e como cada leito ocupa um pequeno espaço, possibilita que esta unidade contenha muito mais leitos (carga física) do que uma de adulto. No trecho seguinte, Livia (SN1) pontua o sofrimento decorrente da sobrecarga de trabalho:

*“O espaço é pequeno (Figura 18), tá? O quantitativo de crianças que vai aumentando e a gente bate na tecla que não tem vaga, que não tem espaço físico, não tem vaga e eles não querem saber, não tem respeito nenhum pelo profissional e a gente sempre vai dando um jeitinho. Empurra daqui, empurra dali, cinco incubadoras num box, entendeu? Isso já gera um estresse. Às vezes a gente está recebendo plantão, não tem onde botar, mas vai nascer. É assim: vai nascer, se vira, dá seu jeito, entendeu? Isso quando avisa. Às vezes chegam com a criança no braço e diz: toma, é seu.”*



Figura 18 – Visão de um dos boxes da UTIN

Mais leitões demandam uma mudança na organização do processo de trabalho que exige um esforço na administração do tempo de atividades para o trabalhador (carga fisiológica e psíquica). Recorrendo à Laurell e Noriega (1989) para compreender as consequências destas cargas, tomamos ciência de que elas provocam processos de adaptação que se traduzem em desgaste no corpo do trabalhador. Esse desgaste é resultado de processos adaptativos que acometem o trabalhador, sendo entendido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva biológica e psíquica. Não se refere a um processo isolado, mas ao conjunto dos processos biopsíquicos.

Entende-se que, ainda que o desgaste se manifeste nos indivíduos, é somente a nível coletivo que ganha dimensão. Corresponde a um conjunto de alterações negativas, como consequência da ação das cargas sobre o corpo humano. O desgaste pode levar desde a perda de órgãos, como também comprometer o desenvolvimento das potencialidades psíquicas ou biológicas do trabalhador. Esse comprometimento é declarado por Leonardo (SN2):

*“Tudo que a gente faz aqui gera muito estresse. As crianças que ficam muito tempo aqui causa um estresse mental muito grande porque a gente se envolve. Também quando a criança está muito grave tem um desgaste emocional porque o clima fica pesado. Também tem o desgaste físico porque a gente anda o dia inteiro dentro da UTI. Dizer para você que eu saio daqui calmo, não; tem plantões e plantões. Mas na maioria das vezes eu saio daqui estressado e isso é muito cansativo.”*

Toda realização de tarefas encontra obstáculos, desafios que precisam ser superados para a consecução dos fins pretendidos. É importante lembrar que estes obstáculos não devem ser vistos apenas como negatividades ou falhas do processo de trabalho. Podem também ser considerado como um aspecto positivo que mobiliza a inteligência daquele que opera, motivando-o para a atividade. Essa mobilização da inteligência e da experiência é sempre singular. Dejours (2011) ressalta que não há sujeito sem história singular e quando ele enfrenta uma situação qualquer, sente,

interpreta, reage e procura transformar em função do sentido de que essa situação se reveste no próprio desenvolvimento de sua identidade.

No plantão, o trabalho da enfermagem é marcado por um conjunto de prescrições a cumprir denominado rotina. Como o meio é infiel, vários imprevistos ocorrem fora do script do prescrito. Para Silva e Athayde (2008), o trabalho real é desenvolvido em um meio concreto e repleto de variabilidades, sendo necessários para o exercício da atividade e para a formação de compromissos, ajustes, regulagens, processos inter e intrasubjetivos e mobilização de várias ordens. Portanto, o ideal está na equipe administrar o tempo de atividades, de modo a executá-las de forma coerente ao tempo previsto de trabalho. Porém, nem sempre isso é possível, como mostra o relato de Marlene (SD2):

*“Além de cuidar do bebê, tem que limpar o material, mas às vezes não dá tempo.”*

Esse ritmo intenso de trabalho também é revelado no estudo de Alamonica (2013), no qual se observou que os trabalhadores de enfermagem são convocados a dar conta de inúmeras atividades, como por exemplo, fazer a dieta, aspirar vias aéreas, fechar balanço hídrico, verificar sinais vitais, preparar hidratação venosa, trocar curativos, administrar medicamentos, avaliar as condutas implementadas, discutir os casos, dar atenção as familiares, atender telefone, enfim, diversas atividades. Observa-se que os trabalhadores realizam essas atividades simultaneamente inúmeras vezes: ao mesmo tempo em que administram a dieta, verificam os sinais vitais, fecham o balanço hídrico e respondem aos familiares. Isso ocorre mais repetidamente quando o quantitativo de recém-nascidos internados extrapola o número de vagas determinado.

Neste contexto, Souza (2010) complementa que os trabalhadores de enfermagem para realizarem suas tarefas dentro do tempo previsto acabam trabalhando em ritmo acelerado, encurtam ou deixam de realizar refeições, evitam idas ao banheiro, demonstrando não cuidar de si para cumprir as tarefas que lhes são delegadas. No conjunto de relatos a seguir, observamos exemplos desta afirmação:

*“O estresse acaba fazendo com que, quem já tem problema de pressão a pressão aumenta. Você está de plantão à noite, o plantão está tumultuado e quando você lembra já passou o horário do remédio. Você só vai lembrar quando a cabeça está latejando aí você lembra: ih esqueci o remédio.”*

*(Carolina-SN2)*

*“A Lívia que era vítima de infecções urinárias por conta de: ‘Segura a urina, não dá tempo de ir ao banheiro não’”.*

*(Bianca-SN3)*

Apesar de todo o empenho dos trabalhadores em suprimir o tempo para si em prol do tempo para os outros, em algumas situações, a competência profissional é colocada em dúvida ao não conseguir realizar a tarefa ou fazê-la mal feita, mesmo que seja em consequência de material ou equipamento inadequado, de baixa qualidade ou em falta, conforme relatado por Lucinha e Luzimar:

*“Ah, por exemplo, o dia que a gente teve um plantão a noite com o doutor Álvaro e simplesmente estava faltando tudo no plantão. Faltando seringa, faltando equipo, faltando o respirador. Ele queria colocar a criança no sensor médico e não tinha circuito para o respirador. Aí foi acontecendo uma sucessão de coisas que chegou ao final eu já estava estressada, cansada e já não aguentava mais. Estava doida para ir embora. Até as meninas brincaram que ele prescreveu uma adrenalina e pediu para Bianca. Acho que ele nem falou comigo com medo de eu dizer que não tinha adrenalina (risos), porque eu estava falando que não tinha nada. (...) Isso acaba te deixando muito ansiosa porque você sabe o que era para fazer, o melhor para o bebê e você não consegue dar o melhor para ele e você também se prejudica, porque você fica estressada.”*

*(Lucinha-SD3)*

*“... estresse de você precisar de uma bomba (Figura 19) e ela não está funcionando por falta de bateria porque quem colocou a bomba lá atrás não ligou a tomada. O estresse é a gente mesmo que gera para a gente mesmo e a gente não consegue visualizar isso. A gente só bota a culpa no outro, mas é a gente que faz aquilo ali.”* (Luzimar-SD1)

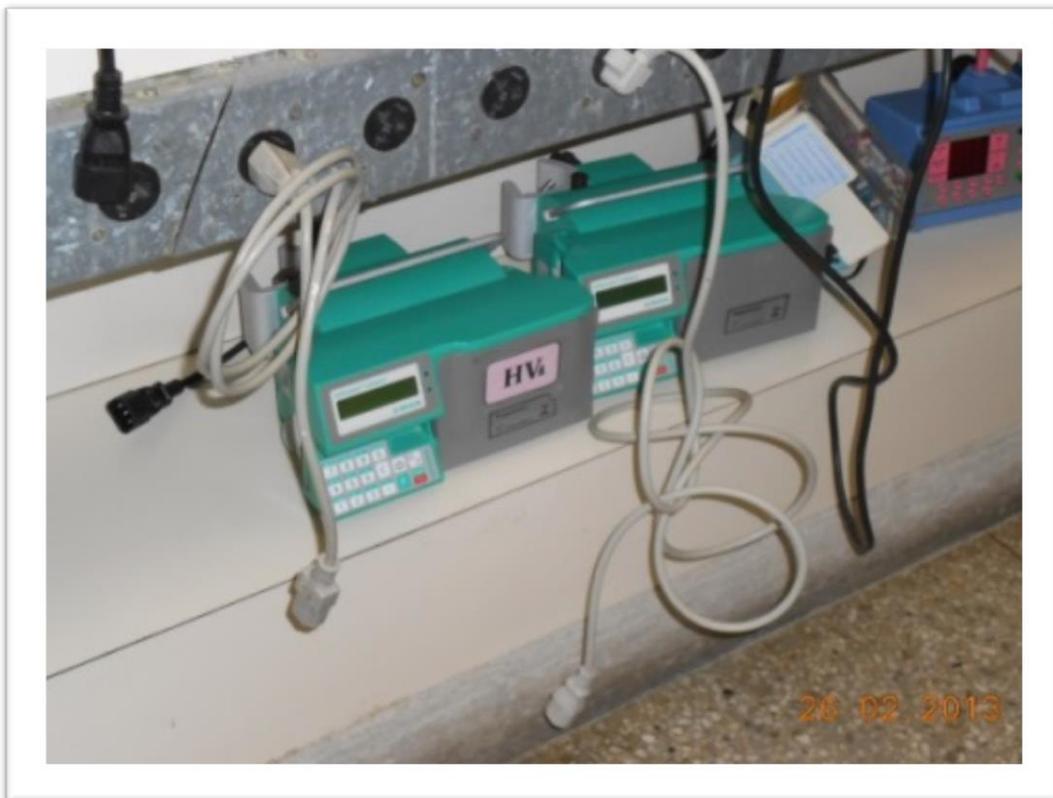


Figura 19 – Bomba infusora<sup>2</sup> desconectada da rede elétrica

Nestes exemplos, observamos que existe um engajamento do sujeito para a superação de desafios decorrentes da variabilidade do meio. A capacidade de articular a face protocolar à situação de trabalho não compete apenas a este trabalhador. Desta forma, o debate de valores ligado ao debate de normas instituídas na atividade, tem valor fraco positivo, pois a expressão dos valores envolve outros elementos sobre os quais o trabalhador não pode intervir diretamente e modificá-los (Schwartz, 2010e).

---

<sup>2</sup> Bomba infusora é um equipamento para infusão de solução parenteral (hidratação venosa, nutrição parenteral, medicação venosa).

No que concerne ao trabalho prescrito, em se tratando da Unidade Neonatal, a organização de trabalho deve envolver toda a equipe multiprofissional. Ricardo comenta que a falta do envolvimento de um trabalhador provoca a desorganização do processo de trabalho. A queixa de Vera (SD2) se refere à falta do trabalhador que faz a reposição de material, o que remete ao fato que cada trabalhador não está sozinho na execução. A ausência deste sujeito não está só comprometendo sua atividade, mas também a atividade dos demais envolvidos. Ao fazer o seu trabalho e de outro trabalhador (Figura 21), Vera exemplifica a forma enigmática do uso de si no trabalho, indo além do que lhe é prescrito.

*“Início de plantão não tem material nenhum para trabalhar.”*

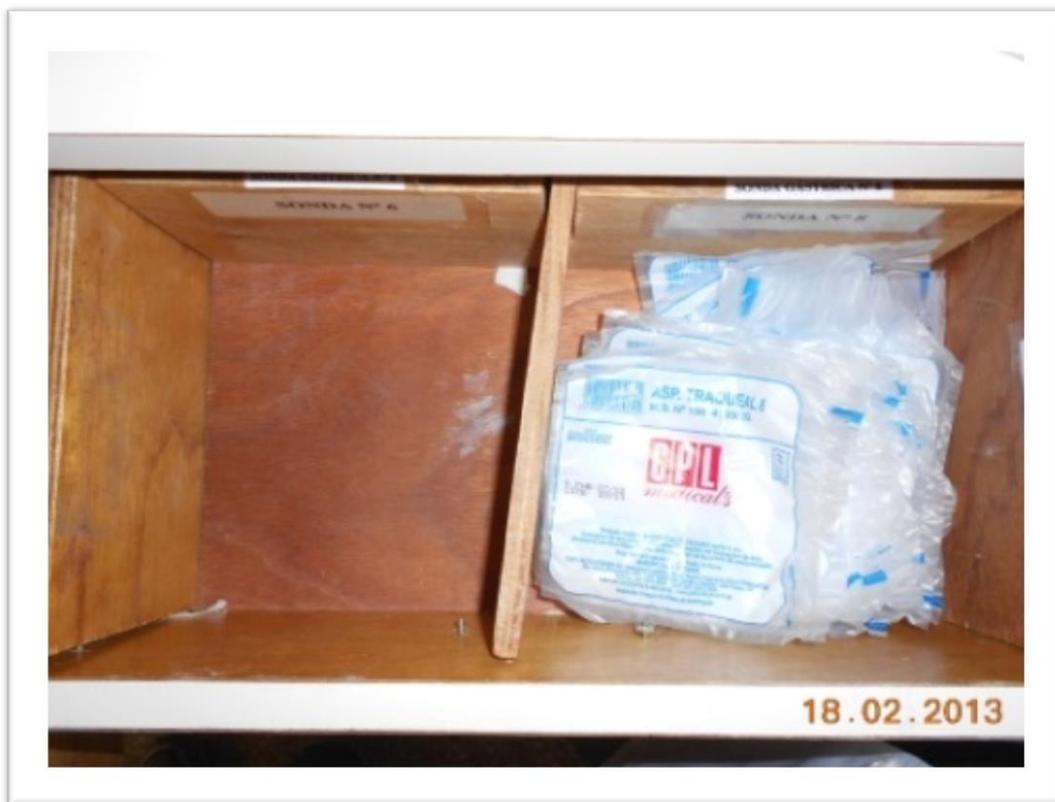


Figura 20 – Gaveta com material incompleto

*“... é necessário cuidar da criança e ao mesmo tempo repor o material (Figura 20), que é uma coisa complicadíssima.”*

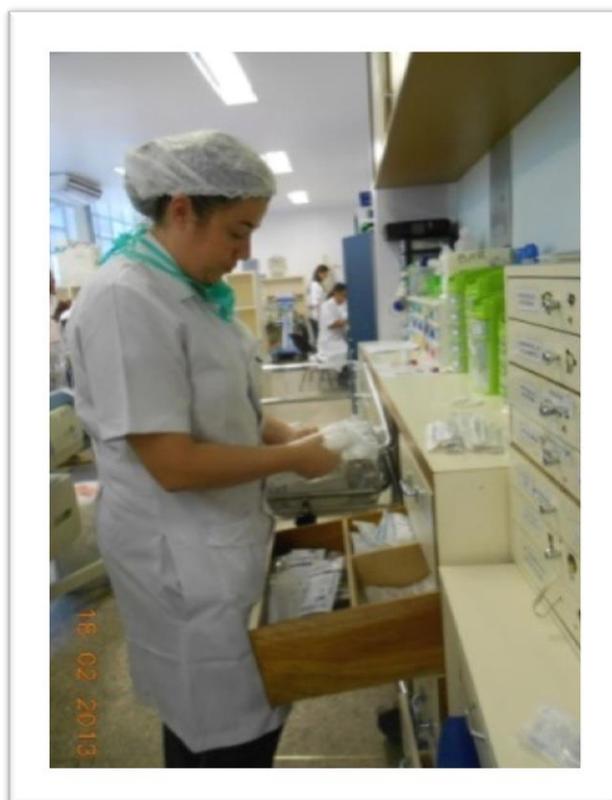


Figura 21 – Trabalhadora repondo material antes do cuidado ao RN

No que refere à organização de trabalho, os estudos de Dejours (1997) abordam vários fatores como divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder e questões pertinentes a responsabilidades. Acrescentam a diferenciação entre os trabalhadores, fruto de uma construção social, contribuindo para que ocorra uma afetação no nível de seu funcionamento psíquico e a mobilização de investimentos afetivos, tais como o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança e a parceria. Trata-se de uma relação conflituosa em que são travados infindáveis embates entre as determinações da organização do trabalho e a vontade e os desejos do trabalhador resultando na luta pela saúde de ambos.

Esta relação torna-se mais conflituosa quando aliada à superlotação, pois acarreta uma inadequação numérica e qualitativa de trabalhadores que lesa a clientela no seu direito à assistência de saúde livre de risco. A preocupação com a qualidade do trabalho é uma questão que engaja valores fundamentais para os indivíduos, para os coletivos de trabalho e para a sociedade.

*“A gente precisa sempre conceder uma vaga para internar. E aí você tem monitor, mas não está disponível. Tem um circuito de respirador que não está a contento e você tem que caçar em outros setores, porque a central de material também não tem. Que qualidade de assistência a gente vai prestar para aquele RN quando você concedeu uma vaga que não tinha? Necessariamente você não vai deixar morrer, mas o cuidado com qualidade total não vai haver.”* (Leonardo-SN2)

Esta fala mostra a arbitragem de valores referida também no estudo de Masson (2007, p. 56) que revela que “está sendo feito um sacrifício dos valores relativos à conduta apreciada pelo trabalhador e pelo seu coletivo no trabalho, que tem a vida dos recém-nascidos atendidos como um valor fundamental”. Vera (SD2) alega existir uma mobilização ao buscar fazer o melhor. Esse melhor significa dar o melhor de si no trabalho, o que contraria a ideia de que o trabalho é pura execução.

*“A gente trabalha no limite das nossas possibilidades do cuidado. A partir do momento que eu não vou cuidar mais como eu deveria, então não é mais bem feito. Se eu posso cuidar de três e se aumenta um ou dois, como é que eu vou dar qualidade ao serviço? Eu trabalho com qualidade, mas assim não tem condições.”*

Seguindo as diretrizes da portaria 930/2012 (Brasil, 2012), que define o funcionamento e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, a equipe de enfermagem da Unidade deste estudo deveria ser composta por 03 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem em cada turno de 12 horas, tendo em vista o número de leitos oficialmente cadastrados. Devido ao número elevado de absenteísmo, este quantitativo fica aquém do estipulado, ocasionando sobrecarga de tarefas para quem está na labuta.

*“A escala de espera é uma tortura (Figuras 22 e 23). O problema é a falta de comprometimento porque tem gente que falta porque está realmente doente. Agora tem gente que falta complemento porque acha que o complemento não faz parte da carga horária. Ela esquece que se está complementando é porque você está sendo necessária naquele plantão. E aí, acaba faltando um, dois e a gente tem que dobrar. É muito triste porque você não vem preparada para ficar.” (Giovana-SNI)*



Figura 22 – Expressão da trabalhadora perante a escala

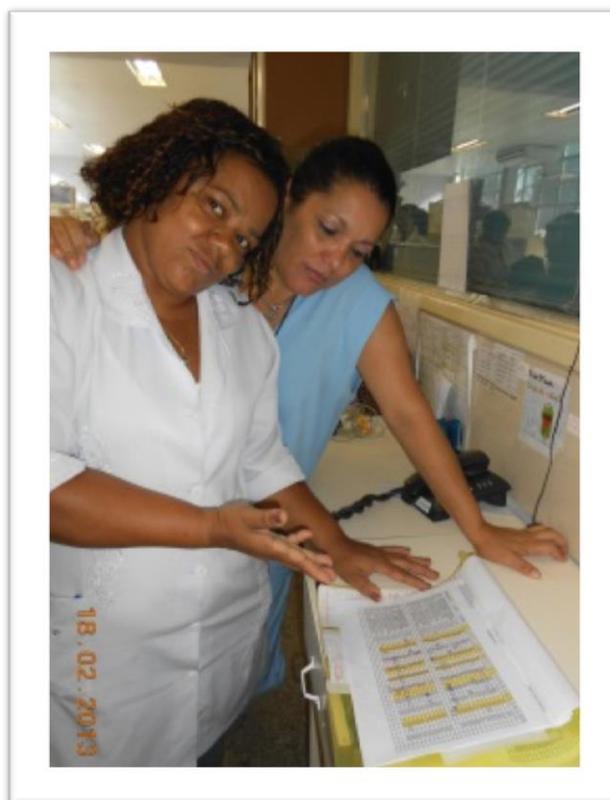


Figura 23 – Expressão das trabalhadoras perante a escala

Giovana levanta a questão da complementação de carga horária que abrange vários aspectos. O primeiro deles é referente ao entendimento do conceito de complemento por parte dos trabalhadores. O contrato de trabalho estabelece uma carga horária de 40 horas semanais. O sistema de plantão adotado pela Instituição, como na maioria dos hospitais públicos, é uma escala de 12x60h que corresponde a 30 horas semanais. Portanto, os trabalhadores para complementar a carga horária de 40 horas fazem plantões extras à escala corrida de 12x60h, o que pode parecer a princípio trabalhar mais do que o prescrito. Geralmente as instituições privadas adotam uma escala de 12x36h, gerando uma *sensação de normalidade* no cumprimento desta carga horária.

Outro aspecto a ser mencionado é o valor do trabalho. Quando um trabalhador *falta complemento porque acha que o complemento não faz parte da carga horária*, parece afetar a compreensão da dimensão social do trabalho, visto que a sua ausência afeta a atividade do outro (sobrecarga de trabalho), a vida social do outro – que não

pode ir embora e tem que permanecer no plantão (*dobra*<sup>3</sup>) e, conseqüentemente, o cuidado ao bebê não vai ser o mesmo, pois a relação trabalhador/bebê fica estreitada.

Tais situações interferem no desempenho do trabalhador, devido ao ritmo intenso de trabalho e a necessidade de permanecer em pé a maior parte do tempo, prejudicando não só o desempenho, mas também a saúde do trabalhador. Essas demandas podem levar à fadiga, considerada por Dejours e Abdoucheli (1997), fator predisponente para problemas viscerais ou musculares, além de alterações psíquicas como angústia, agressividade, desprazer e tensão.

Para minimizar a luta estabelecida contra o cansaço, alguns trabalhadores referiram que o simples fato de levar um lanche diferenciado no plantão serve como uma “válvula de escape” (estratégia de defesa):

*“Uma coisa que eu gostaria de ter tirado foto era de um dia como o nosso de ontem à noite. Quando a gente tem um plantão pesado, faz diferença você ter uma confraternização durante o plantão. O plantão tem outro rendimento, as pessoas relaxam um pouco. Eu acho isso muito bacana, porque o plantão pode estar pegando fogo, mas se você tem um salgadinho, as pessoas interagem melhor.”*  
(Lívia-SNI)

Outro ponto provocador de discussão foi a rotatividade da equipe, considerada como um entrave na assistência principalmente quando há superlotação:

*“A rotatividade também está maior. A pessoa vem não se adapta e troca. E a gente não consegue entrar no ritmo, perdeu-se o nosso ritmo.”*  
(Luzimar-SDI)

*“Chega uma pessoa nova com experiência, fica uma semana para aprender a rotina e quando vai para o plantão fica*

---

<sup>3</sup> Dobra é uma estratégia para garantir a operacionalização do trabalho, na qual um trabalhador deixa de folgar para cobrir a ausência de outro trabalhador.

*perdida. Uma semana é pouco, pois tem muita coisa para absorver. Porque a nossa UTI é muito complexa, é tanta complexidade que a maioria das pessoas não vê este tipo de clientela em lugar nenhum. Então a nossa rotina é diferenciada também por conta disso. E as UTI que as pessoas estão acostumadas, são UTI de crianças basais ou com alguma patologia tranquila. Então as pessoas acabam se assustando e aí elas começam a não querer mexer nessas crianças, porque não tem a visão que a gente tem e vão mexer nas crianças mais basais porque elas já estão acostumadas nos outros lugares.”*

*(Júlia-SD3)*

Júlia revela o quanto a característica da clientela também interfere no processo de trabalho. Muitos trabalhadores admitidos, contratados ou concursados, ao se depararem com RN mal formados não se adaptam ao trabalho. Alamonica (2013) concluiu que muitas trabalhadoras entram na Instituição achando que vão cuidar de RN lindos e se deparam com malformados. Diante disso, alguns trabalhadores recém-chegados acabam se assustando e desenvolvendo um processo de depressão e outros solicitam desligamento da Instituição.

No estudo de Gomes (2011), algumas trabalhadoras referiram que para atuar em Unidade Neonatal é necessário ter determinadas características, que nem todas possuem. Dessa forma, elas valorizam o seu ofício e apontam para a complexidade da sua atividade de trabalho com suas demandas sobre os aspectos técnicos e sobre os aspectos que mobilizam o corpo si. A autora concluiu que neste ambiente de trabalho, vários aspectos se apresentam de forma mais intensa, como as dimensões imateriais e relacionais e o ritmo presentes nessa atividade. É preciso ser forte para aguentar as infidelidades do meio, sem se deixar abater. Tem que gostar para conseguir lidar com todas essas dimensões presentes na atividade e conseguir realizá-la.

Masson (2007) também encontrou resultados semelhantes em sua pesquisa com auxiliares de enfermagem. Para essas trabalhadoras, não é qualquer pessoa que poderia estar ali fazendo o seu trabalho, visto que, além de gostar, tem que querer trabalhar com aquele tipo de recém-nascido independente das condições de trabalho.

#### **4.4 OS NÓS REFERENTES AOS PROTOCOLOS**

---

As preocupações crescentes com a qualidade da assistência prestada na UN requerem a adoção de estratégias eficazes, que possam garantir a viabilidade de um cuidado contínuo, onde o comprometimento é fundamental, visando à qualidade do trabalho e ao aprimoramento profissional.

Os cuidados à clientela neonatal são peculiares, com procedimentos de alta complexidade e com tecnologia de ponta, que nos ajudam a manter uma monitorização dos pacientes e que são utilizados também como suporte de diagnóstico e de tratamento. Contudo, jamais substituem a assistência prestada pela equipe multiprofissional. Sendo assim, existe uma demanda constante de treinamentos e adaptações contínuas para oferecer uma assistência segura, mais produtiva e de qualidade. O cuidar requer habilidade da observação, comunicação, reflexão, aplicação do conhecimento, além de se fazer apreciações e tomar decisões.

Para trabalhar é necessário que haja um prescrito, um conjunto de objetivos, procedimentos e regras relativos ao resultado esperado e à maneira de obtê-lo. Oliveira, Alvarez e Brito (2013, p.1583) consideram que no setor Saúde o debate de normas envolve:

“em primeiro lugar, as diretrizes e os princípios do SUS, além do conjunto das políticas de saúde; em segundo lugar, a organização do processo produtivo (incluindo protocolos, atribuições e rotinas prescritas e as condições que são dadas a priori aos trabalhadores para o exercício de seu trabalho, como os recursos técnicos); em terceiro lugar, as normas de vida de cada trabalhador ou coletivo e, em quarto lugar, as referências externas dos usuários”.

Fundamentando-se na Ergologia, Hennington (2008) assegura que, apesar das várias tentativas de implementar protocolos e regras comuns na área da saúde, não é possível alcançar a total padronização das práticas. Segundo a autora, o cotidiano exige que os trabalhadores arbitrem e façam escolhas diante das diversas situações e, assim, eles pensam e se pensam vão construindo novas realidades. Para se aproximar do trabalho real em Saúde, é preciso chegar o mais próximo possível da atividade, para

avaliá-la e reconhecê-la como ela é, e, para tal, é preciso reconhecer a existência destes espaços de microtransgressões e rupturas com o que está prescrito.

O processo de trabalho na Unidade Neonatal resulta de uma série de normas e diretrizes que visam assegurar uma assistência com qualidade a uma clientela tão frágil e vulnerável, baseando-se nas normas do SUS. Essas normas antecedentes têm por função oferecer ao trabalhador um roteiro a ser seguido de modo que a tarefa possa ser realizada. Portanto, sua importância está em nortear a ação do trabalhador. Os suportes escritos, no entanto, não conseguem essa função de prescrição absoluta, tendo em vista que há uma influência de fatores externos inerentes à forma de cuidar.

As normas antecedentes entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem da UN diferenciam-se devido à responsabilidade de cada categoria e à complexidade do cuidado. Paralelo a essas normas, as características específicas da clientela neonatal conduzem os trabalhadores à construção de um saber e fazer específicos que os dotam de habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

*“Protocolos, a gente tem seguido muito pouco os protocolos. Então o que está faltando para gente é ter alguém ali cobrando protocolo.”*  
*(Ricardo-SN1)*

A fala de Ricardo aponta que apesar dos trabalhadores terem conhecimento de suas normas antecedentes (Anexo 5), necessitam de cobrança e de supervisão. Essa questão foi discutida por outros participantes, conforme mostra o diálogo a seguir, no qual *T1* e *T2* representam dois trabalhadores e *P* representa uma das pesquisadoras:

*T1: Falta a enfermeira cobrar da pessoa. Porque à noite, chegou um horário e a enfermeira viu que não foi feito um procedimento, ela pergunta: “Quem checkou essa criança e não fez dextro (glicemia capilar)?” Ela chega e chama a atenção de todos nós. “Não diminuiu o soro por quê? Não tem*

*calculadora? Então eu compro uma para vocês.” Ela chama a nossa atenção e é por isso que é o melhor plantão da noite.*

*T2: Mas a gente já sabe que ela tem esse perfil.*

*P: Vocês acham que a cobrança tem que ser só da enfermeira?*

*T1: Sim, porque se eu chamar a atenção do meu colega ele pensa que eu quero dar uma de enfermeira.*

*T2: Concordo porque a enfermeira é a líder do plantão, eu acho melhor porque se não vão achar que eu estou querendo aparecer.*

Na visão de Schwartz (2000), o trabalho acaba sofrendo influência daquilo que foi formulado antes do início do processo. Na situação supracitada, observamos que a hierarquia entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem influencia a intensa dramática do uso de si, demandada pelos conflitos gerados na confrontação dos valores que permeiam a atividade. Nesta situação, a cooperação entre os trabalhadores seria fundamental para melhorar o *viver em comum* e oferecer uma assistência com qualidade, resultando na obtenção de prazer no trabalho.

Ricardo (SN1) cita que um exemplar do protocolo de procedimentos está disponibilizado na Unidade, porém nem todos os trabalhadores seguem esses eixos norteadores. Parece haver falta de mobilização subjetiva para desenvolver a atividade. Para Dejourns (2011), esse processo de mobilização subjetiva - uso de sua personalidade e de sua inteligência - não é prescrito, sendo vivenciado de forma particular por cada trabalhador, conforme observado na fala de Carolina (SN2):

*“O que faz essas pessoas? Você vê que são bons profissionais e assim bons profissionais tem conhecimento, tem conteúdo. E o treinamento é o que? Repassar o conteúdo, a prática, corrigir algumas coisas que estejam faltando, reparar alguns vícios que perpetuam em acontecer. Mas você faz isso tudo pra um profissional que já sabe o que fazer já tem o conhecimento e que ele vai aplicar diferente porque é uma opção dele fazer de*

*forma errada, não é? Não é que ele não saiba, não tenha nenhuma informação. Ele fez a opção de fazer errado. Em que momento ele fez essa opção? Por que ele fez essa opção? É isso que não dá para entender. E se você acha que é só o pessoal assim “ah é o pessoal ruim”, mas já pegamos pessoas que você sabe que sabe. São ótimos profissionais envolvidos com a criança tem uma visão boa do paciente que pratica errado.”*

Esse discurso expressa novamente o debate de valores entre um corpo si e um meio saturado de valores. A angústia de ver o trabalho sendo mal feito refere-se ao valor da ética. Para Schwartz (2010c), este tipo de debate é bem conhecido nas situações de trabalho, sendo necessário colocar em confronto as experiências de vida e de trabalho e os conceitos relacionados a estas experiências para construir alguma coisa coletivamente a partir destes debates. A prática de colocar em diálogo esses saberes (constituídos e investidos) é organizada no seio de um DD3P.

Em se tratando de protocolos, a metodologia do DD3P deve ser colocada em prática em espaços, nos quais os grupos deverão responder a uma demanda referente a um problema idêntico e definido pelo conjunto de trabalhadores. Essa discussão, pautada numa educação reflexiva e participativa, proporcionará aos trabalhadores a atualização referente às tecnologias e práticas necessárias à assistência ao recém-nascido, possibilitando o pensar em conjunto e a busca de soluções criativas para os problemas.

Alguns participantes relataram que anualmente um treinamento é ministrado pelas enfermeiras da rotina, sendo obrigatório para toda a equipe de enfermagem. Nesse treinamento é preciso incluir todas as categorias de enfermagem, visto que tanto o enfermeiro quanto o técnico de enfermagem prestam cuidados aos pacientes internados nestas Unidades, e todos necessitam estar treinados e atualizados. As atividades de educação continuada efetivamente desenvolvidas constituem-se em uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação à assistência necessária.

Ao analisar a atividade de cuidados em uma UN, Souza (2010) observou que, devido ao tipo de clientela, durante os procedimentos são necessários gestos precisos e delicados. Por exemplo, a punção venosa exige tato, destreza e precisão para conseguir

puncionar uma veia de calibre tão fino e frágil. A expertise abrange muito mais do que saber executar o procedimento. Exige determinação e controle emocional dos trabalhadores, adquiridos com a experiência prática, principalmente se esse procedimento for necessário no momento de uma parada cardiorrespiratória.

Além do treinamento sistematizado, em algumas situações, os participantes referiram que ocorre um treinamento informal, de trabalhador para trabalhador, mas de uma maneira pela qual se consegue fazer a transmissão do patrimônio do saber-fazer, de regras e de valores específicos de um grupo. Segundo Masson (2007, p. 53), “a transmissão de um patrimônio de valores e saberes, entre os trabalhadores mais antigos e os mais novos no local de trabalho, parece expressar a importância da visibilidade das regras de ofício construídas pelo coletivo de trabalho”. Assim, a efetividade social é o que possibilita a construção de laços de cooperação entre os trabalhadores, além da concordância sobre a incorporação destas regras.

*“Tive uma experiência sobre a rotina de passagem de sonda. Outro dia eu estava ensinando uma coisa certa pra menina e depois quando eu virei as costas, a Rosa falou para ela que não era assim que a gente faz. Que era pra fazer de outro jeito.”*

*(Marlene-SD2)*

*“Quando chega uma pessoa nova com experiência, uma semana para aprender a rotina é pouco e quando ela vai para o plantão fica perdida. As pessoas estão acostumadas com crianças basais ou com alguma patologia tranquila, não com crianças iguais as que têm aqui. Então cabe também tanto a rotina como as plantonistas de puxar e chamar para conhecer as crianças. No final, as pessoas acabam aprendendo um pouco com cada um.”*

*(Bianca-SN3)*

Bianca faz alusão à complexidade do cuidado necessário na UN. Essa questão revela a importância da educação continuada, principalmente pela constante

implementação de novos procedimentos e tratamentos. Além de aprimorar o conhecimento teórico e prático, amplia as competências profissionais e pessoais do trabalhador, tornando-o capaz de realizar eficientemente o seu trabalho.

#### ***4.5 OS NÓS REFERENTES AO CUIDADO À CRIANÇA CRÔNICA***

---

O cuidado à criança crônica foi um tema abordado nos Encontros como foco de desgaste emocional e físico para o trabalhador de enfermagem. Conforme a portaria do MS 930/2012 (Brasil, 2012), considera-se como cliente da UN a criança com idade entre 0 a 28 dias de vida. A partir desta idade a criança é considerada lactente e deve ser tratada como paciente pediátrico.

A sobrevivência de recém-nascidos prematuros, ou com malformações congênitas, ou com necessidade de intervenção cirúrgica, decorre da evolução tecnológica que modificou o perfil dos pacientes internados e aumentou o tempo de internação. Conseqüentemente a complexidade do cuidado terapêutico, curativo e preventivo também mudou, sobressaindo as peculiaridades na assistência ao recém-nascido e à criança pediátrica. Isto exige competência técnica, além de coerência entre o conhecimento (teoria) e a ação (prática).

Conseqüente ao aumento no tempo de internação, os trabalhadores revelaram que, em várias situações, a criança permanece até aproximadamente oito meses de vida na Unidade, devido à falta de vagas na enfermagem pediátrica. Este é mais um exemplo da distância entre o prescrito e o real, ou seja, a prescrição visa o cuidado neonatal e o real abrange o cuidado pediátrico. Esta distância ganha destaque, mais uma vez, no conjunto de relatos a seguir:

*“Ninguém que trabalhar lá no BI (UI), pois já são crianças pediátricas. Porque choram e pedem uma atenção muito maior da equipe.”*  
*(Ângela-SD1)*

*“A gente bate na mesma tecla: crianças com 5, 6 e 8 meses que não são nossas crianças. São nossas porque ainda estão com a gente, mas não são crianças de UTI neonatal, são de enfermaria.”* (Ricardo-SN1)

*“Eles (os médicos) não sabem cuidar de criança pediátrica. O suporte lá em cima é diferente do suporte nosso. Não estou questionando a capacidade deles não. Só que existe a especificidade neonatal e a especialidade pediátrica e a conduta é diferente.”* (Júlia-SD3)

Os trabalhadores da UN especializam-se no cuidado neonatal e ao se depararem com o paciente pediátrico encontram uma infinidade de variáveis que precisam ser ajustadas, rearranjadas e reinventadas, para que eles possam fazer o seu trabalho.

*“A gente está se adaptando a isso, porque eles são geriátricos.”* (Luzimar-SD1)

*“A filha de Camila eu dei dieta, aspirei, dei dieta. Daqui a pouco ela começa a gritar. Dei um pouquinho de colo, ela foi indo e dormiu e eu coloquei ela lá no berço. Não deu 10 minutos ela começa com o desespero. Eu apaguei todas as luzes do berçário para ver se ela melhorava. Não, ela piorou. Eu falei: meu Deus não é possível. Desconectei tudo: monitor, oxigênio e coloquei ela no colo. Ela agarrou a minha roupa e ela dormiu assim.”* (Carolina-SN2)

*“A gente tem bebês aqui internados há muito tempo. A criança fica carente. Você não sabe se ele chora porque está com dor ou porque quer realmente um colo porque sente falta da mãe. Tem vezes que de madrugada, ela grita, grita e eu falo: gente, não é*

*possível. (...) Duas horas da manhã eu estava dando banho na criança pra ela poder relaxar, pra ela poder dormir, pois ela estava suando tanto de ficar chorando. Aí foi indo que ela se acalmou e dormiu. Mas pô, duas horas da manhã, eu com a rotina pra fazer. Aí gera um estresse porque você perde um tempo enorme com aquela criança, você tem a rotina pra fazer. A criança é estressada e você fica num estresse terrível, dão sete horas você quer embora, quer que o colega chegue pra te render.”* (Leonardo-SN2)

Luzimar, Carolina e Leonardo se deparam com variabilidades no processo de trabalho, referentes às demandas individuais dos recém-nascidos que vão de encontro com as normas e rotinas institucionais. Elas se encontram, neste momento, diante de um dilema: de um lado, a organização espera que elas cumpram o previsto e de outro, se seguirem a prescrição não darão conta da nova situação.

Do ponto de vista da Ergologia, a saída é *trapacear as regras* para desenvolver o trabalho, ou seja, transgredir - agir sobre a sua situação de trabalho de maneira ativa, mesmo que de modo ínfimo. Assim, os trabalhadores não serão simplesmente sujeitos que devem se adaptar à organização e às condições do trabalho, mas sim sujeitos que devem recriar a tarefa, o que implica a possibilidade da transformação do trabalho. Six (2002) ressalta que a transgressão não deve ser considerada como um crime, mas como uma contribuição positiva dos trabalhadores para desenvolver a tarefa.

Já, segundo a Psicodinâmica do Trabalho, Luzimar, Carolina e Vera exemplificam a construção de regras de ofício, ao mobilizarem processos psíquicos que apresentam ligação com a inteligência prática. Ao agirem desta maneira, burlaram a organização rígida do trabalho, apontando que ela é ineficiente e que o trabalhador tem capacidade de criação, possibilitando a este a diminuição do seu sofrimento e muitas vezes originando prazer.

As transgressões citadas pelas trabalhadoras revelaram uma parte invisível do trabalho: dar carinho, ato que também é declarado em outras situações:

*“A gente se torna mãe das crianças crônicas (Figura 24). O filho de Milena, por exemplo, chora, ele sente falta da mãe, ele quer ficar no colo e aqui não tem isso. É muito delicado para a gente, porque a gente tem pacientes graves e crianças que não são graves e que estão morando dentro da UTI.”*

*(Giovana-SN1)*

*“Essa UTI admite só bebês crônicos, pois aceita bebês com patologias que muitas unidades não aceitam. Então assim, são bebês graves para caramba. A gente fica sem condições de dar vagas para outras crianças, porque essas não são aceitas em outros lugares. Então tem a questão do apego, do desgaste emocional muito grande, a gente se envolve demais, como ela falou da Catarina, ela já tem 6 meses, quando a gente conta a história para alguém, todo mundo chora. A gente mostra as fotos da festa que nós fizemos para ela, todo mundo fica feliz. As pessoas questionam como a gente consegue trabalhar assim. Imagina se por isso a gente não vai fazer nada por ela, não vai brincar com ela, ao contrário, cada dia a gente se envolve mais, é um sorriso que ela dá para todo mundo que vai falar com ela. Não tem como não pegar ela no colo e aconchegar.”*

*(Carolina-SN2)*

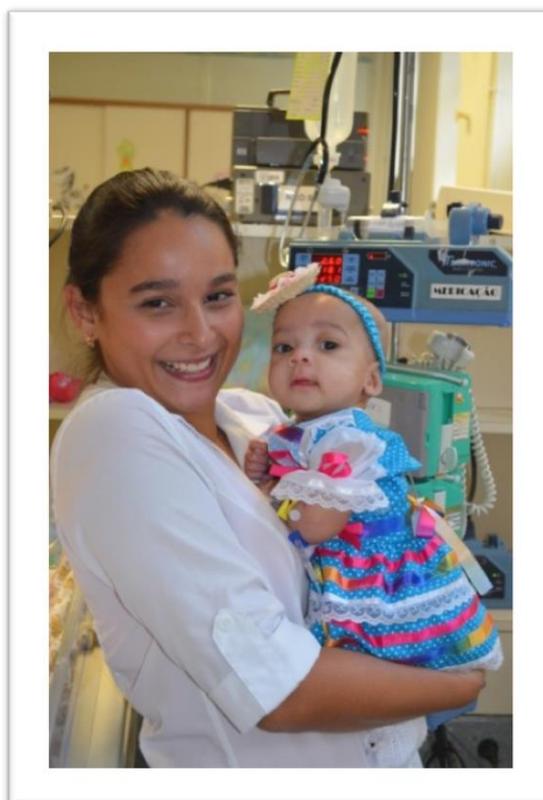


Figura 24 – A trabalhadora e a criança crônica

O cuidar não se limita apenas ao aspecto técnico, à realização de uma tarefa ou de um procedimento; engloba atitudes que permitem atender o outro com dignidade humana. Cuidar consiste em um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político, psicológico e espiritual, buscando promoção, manutenção ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana (Rocha, Prado e Wal, 2008). Portanto, o processo de cuidar pode se tornar frustrante e os trabalhadores acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar e da sua própria saúde.

*“E aí você vai perdendo a vontade de vim trabalhar, você começa a não acreditar mais que tem solução.” (Marlene-SD2)*

Essa passagem do relato de Marlene parece mostrar o sofrimento gerado a partir do bloqueio entre a relação do trabalhador com a organização do trabalho, ocasionando

um sentimento de desprazer. Dejours e Abdoucheli (1997) referem que diante deste bloqueio, os trabalhadores utilizam estratégias de defesas para se protegerem contra o sofrimento patológico, no intuito de modificar, transformar as situações adversas em geradoras de prazer, evitando assim as defesas ideológicas e seu adoecimento.

Nem sempre, porém, o trabalhador consegue ultrapassar os obstáculos que se apresentam na organização do trabalho e dificultam esse exercício, podendo ocorrer o aparecimento ou agravamento crônico de doenças. Segundo Brant e Minayo-Gomes (2004), esse processo de transformação de sofrimento em adoecimento nos ambientes de trabalho consiste num importante desarticulador dos trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho. Consequentemente, essa transformação do sujeito que sofre para o sujeito que adoce, equivale a uma transformação do sujeito que opina para o sujeito calado e passivo.

Uchida, Lancman e Sznelwar (2013, p. 1631) enfatizam que:

“na maioria das vezes, o sofrimento trazido pelas maneiras como o trabalho é organizado, como as pessoas são avaliadas, é vivenciado individualmente, e assim, o que o sujeito sente fica mais registrado como fraqueza, incompetência e inadequação. Os insucessos seriam creditados no indivíduo, unicamente, e não a problemas da própria organização”.

Por isso, a ação em Psicodinâmica é baseada em grupos de expressão, nos quais se discutem experiências vivenciadas no trabalho e, ao mesmo tempo, nos quais a própria dinâmica dos grupos resulte numa experiência de mudança e transformação sobre a maneira de trabalhar.

Transformar significa também permitir que os sujeitos se apropriem da capacidade de refletir sobre as questões que lhes fazem sofrer. Readquirir a capacidade de refletir seria abrir a possibilidade de modificar o trabalho em profundidade, questionando práticas que, por serem consideradas banais, são aceitas no mundo do trabalho, mas que podem engendrar sofrimento patológico para os sujeitos.

#### 4.6 OS NÓS REFERENTES AO TRABALHO EM EQUIPE

---

Os *nós* dessa categoria giram em torno da cooperação, confiança e do reconhecimento no coletivo de trabalho. A dimensão coletiva do trabalho é denominada pela Ergologia como *Entidade Coletiva Relativamente Pertinente* (ECRP), conforme apresentado no capítulo 1.

A noção de equipe no trabalho em Saúde consiste na ideia de um trabalho coletivo desenvolvido por uma equipe multiprofissional. Quando se fala de equipe multiprofissional vem logo à mente a noção de equipe prescrita, planejada antecipadamente em termos de diferentes categorias profissionais, que são substituídos de acordo com a rotatividade dos profissionais. Esse tipo de equipe difere da ECRP que, na concepção de Schwartz (2010a), estão no cerne da eficácia do trabalho.

A ECRP é constituída no coletivo de trabalho situado, formado por *contornos variáveis*, ou seja, sem delimitações definidas. Isso significa que, no âmbito da ECRP, não existem categorias ou posições a serem exercidas por um representante de uma categoria profissional específica, uma vez não se pode planejar uma ECRP antes que ela aconteça na atividade.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, uma vez que as diferenças técnicas expressam uma riqueza de olhares frente ao processo de trabalho (Minayo, 2010). Os trabalhadores de Saúde compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela, mas destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas e agregar conhecimentos aos diferentes enfrentamentos do cotidiano em saúde.

Considera-se a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, buscando superar a rigidez da divisão estanque de atividades por área profissional e construir tanto ações comuns, realizadas por trabalhadores de profissões distintas, quanto conviver com certas indefinições de fronteiras no ato de cuidar (Peduzzi e Ciampone, 2012). As falas de Júlia (SD3) exemplificam a importância das especificidades no trabalho real:

*“As coisas boas que a Jane falou das meninas da conservação (Figura 25). É importante elas limparem os equipamentos, porque a gente não pode cuidar das crianças e limpar essas coisas. A gente tem que cuidar das crianças, dos nossos serviços. Então eu acho muito importante o serviço delas, entendeu?”*

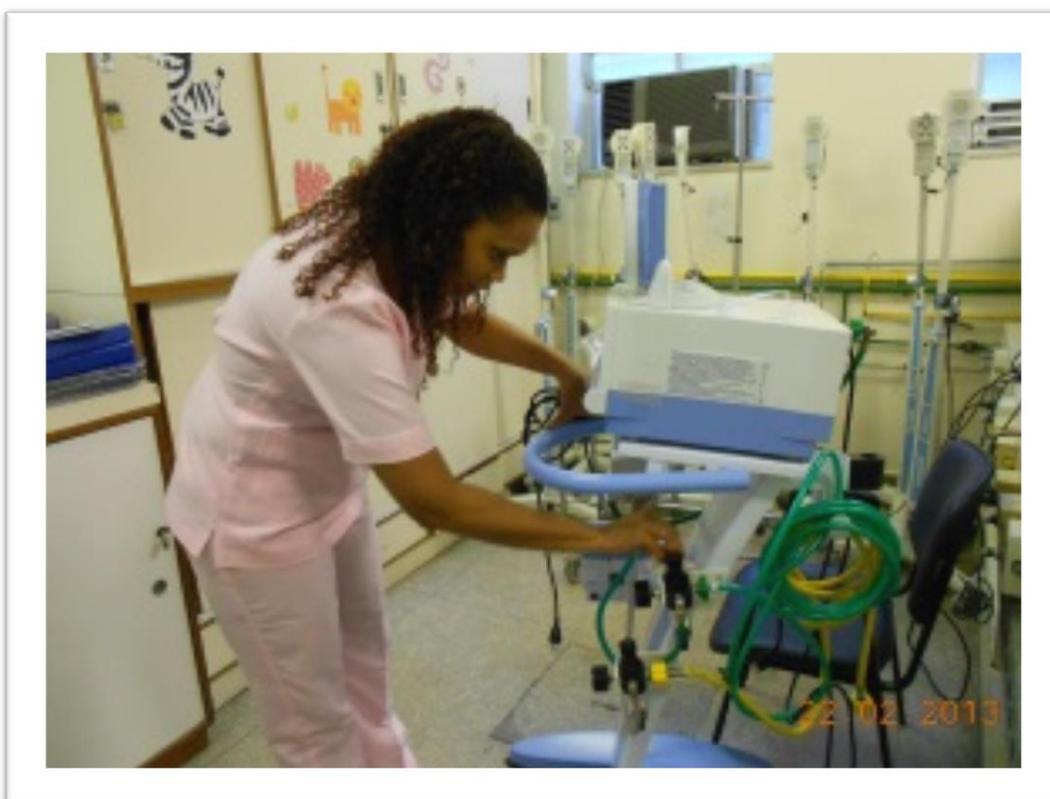


Figura 25 – Trabalhadora da equipe de manutenção de serviços hospitalares

*“E da Naomi (Figura 26) também, acho que a Naomi é uma pessoa muito importante. As pessoas reclamam que às vezes ela é resmungona e chata. Às vezes ela briga com a gente, dá esporro, grita, mas é uma pessoa importante que ajuda muito a gente, ajuda muita coisa aqui dentro também.”*

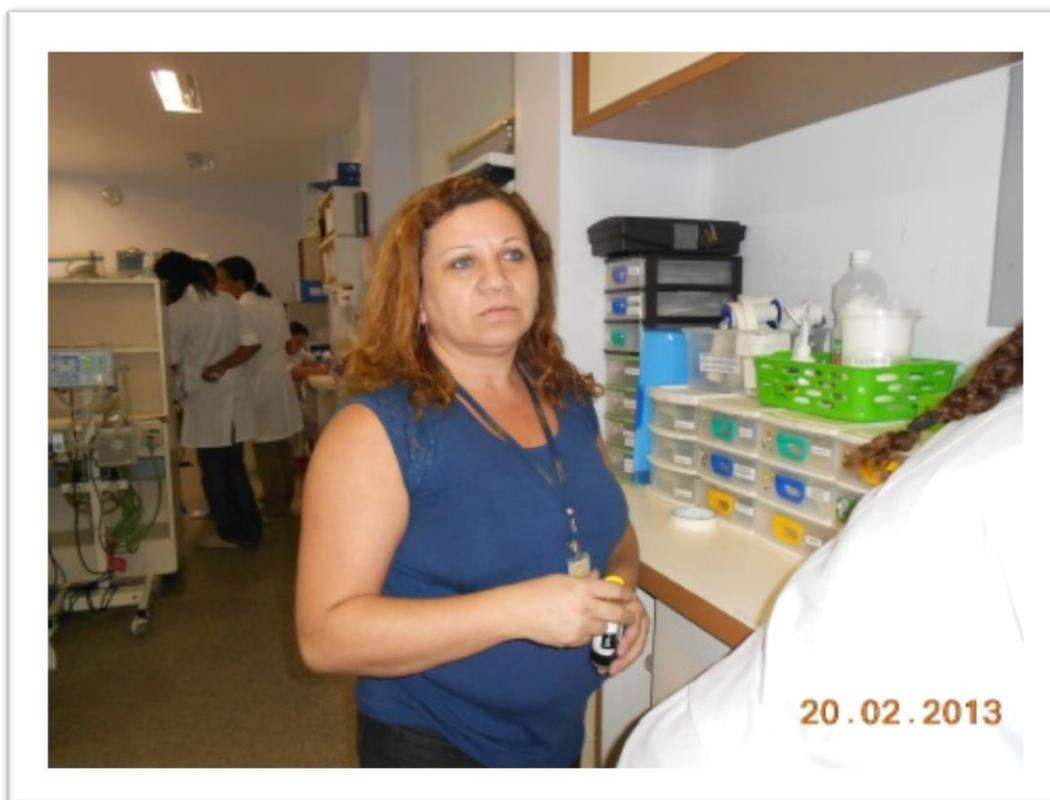


Figura 26 – Trabalhadora da equipe dos serviços administrativos

Ao envolver vários sujeitos no processo de trabalho, maiores serão as chances de conflito, visto que cada sujeito traz os seus valores para o debate. Alguns desses conflitos podem ser gerados a partir da falta de compromisso para com o trabalho em equipe de alguns desses sujeitos, conforme Livia (SN1) exemplifica:

*“Eu venho trabalhar e eu quero dar o meu melhor, mas tem gente que não quer. Aí já começa o estresse, porque você vem faz o seu certo e o seu colega não tá nem aí, empurra com a barriga. Aí você faz o quê? Caraca, é difícil!”*

Essa falta de colaboração afeta o lado do *viver junto da ECRP* e aparece como uma fonte de sofrimento, provocando sentimentos de injustiça e de revolta nos trabalhadores que ficam sobrecarregados. Esta face, segundo Schwartz (2010b), é permeada pelos laços que são estabelecidos na entidade que dependem da forma como as pessoas se relacionam, do grau de confiança e respeito entre os sujeitos. Se forem

bem sucedidos, vão lutar para defendê-la; mas se, ao contrário, houver perda de credibilidade poderá ocasionar insatisfação e adoecimento no trabalho.

Outros fatores impedem a formação da ECRP, como por exemplo, a falta de cooperação por parte dos sujeitos da equipe, conforme observamos nos comentários de Ângela (SD1):

*“Essa foto aqui fui eu que tirei do telefone (Figura 27), me incomoda muito, que a gente quando senta ali para aprazar são 20 papéis. Então, assim, é papel de cópia para mandar para a farmácia, tudo. Você senta e não está à toa. Porque às vezes a pessoa acha que você sentou ali porque você está à toa. Você está aprazando<sup>4</sup>, juntando papel, lembrando a criança que iniciou o antibiótico.”*



Figura 27 – Telefone representando fator de sofrimento

<sup>4</sup> Aprazando significa colocar horário na prescrição médica e de enfermagem.

*“Aí vem o cara do lactário (Figura 28), novamente parece que você está sentada à toa. Eu não estou à toa, eu estou aprazando, mas ninguém identifica. Tem uma galera conversando, mas ele vem em você. Isso me estressa.”*



Figura 28 – Trabalhador de outro setor representando fator de sofrimento

O aparecimento do sofrimento psíquico (Dejours, 2011) também pode ser decorrente dos conflitos gerados dentro da própria equipe. Um potente fator de conflito consiste na cultura do poder médico ainda é um fator potencial de conflito. No dizer de Agudelo (1995), o trabalho médico possui uma autonomia que exerce grande poder institucional, podendo gerar conflitos entre os sujeitos da equipe. A convivência, a tolerância e o respeito entre os sujeitos podem ser afetados quando há falta de capacidade para se trabalhar em equipe. Isso certamente vai gerar danos no plano da eficácia, conforme observamos nas verbalizações de Ricardo e Carolina:

*“Quando tem bebê com uma hérnia diafragmática, a gente da enfermagem não pode fazer um barulho, tem que desligar a bica, passar os recadinhos, não pode falar. Porém, quando dá 7, 8 horas da manhã, os médicos fazem um round exatamente em volta da criança.”* (Ricardo-SN1)

*“Você chega de manhã, faz os cuidados nas crianças, dá a dieta e posiciona a criança. Quando a criança tá lá quietinha, quando conseguiu relaxar, aí vem o médico examinar. Doutor não aperta a barriga que ele acabou de mamar. Ele disse: “Não vou apertar a barriga, só vou auscultar”. Aí a criança fica agitada, você vai lá e deixa a criança quietinha. Daqui a pouco ele vem de novo, vai colher sangue, entendeu? Eu sei que tem uma rotina, tenho que colher isso, mas tem que fazer nesse momento ou no momento que a criança deixa? Não, toda hora vem alguém mexer na criança.”* (Carolina-SN2)

Para minimizar esses conflitos inerentes do *viver junto*, Peduzzi (2007) ressalta que a equipe não deve ser somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas atuando coletivamente. Deve constituir um grupo articulado que realiza conexões entre saberes e intervenções distintas para que se atinjam as metas estabelecidas. Esse trabalho em equipe deve ser configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de trabalhadores.

Esse *viver junto* é demandado em várias situações na Unidade Neonatal, principalmente em algumas atividades que necessitam da presença de dois trabalhadores, em um mesmo momento. Exemplificamos os procedimentos de aspiração de tubo oro-traqueal, instalação de cateter central de inserção periférica, cateterismo umbilical, além de orientação e apoio à família que necessita de psicólogo e de assistente social.

A partir da lente da perspectiva ergológica, as equipes, no seu funcionamento real, são necessariamente diferentes do que está previsto nos organogramas, nas predefinições de funções e de responsabilidades e se organizam a partir de objetivos (de

eficácia) e preocupações comuns, externos às prescrições. Essas equipes se constituem a partir de uma história própria e de acordo com o que a atividade de trabalho apresenta-se como necessidade em um determinado momento. Marlene refere a necessidade da cooperação para o real funcionamento da equipe:

*“A gente acha que quando tem um trabalho em equipe, quando uma pessoa se prontifica (Figura 29), torna-se mais dinâmico, mais fácil, melhora o trabalho. Invés de você ficar somente nas suas crianças, você se deter somente aos seus, você ajuda os demais e colabora mais com o trabalho.” (Marlene-SD2)*



Figura 29 – Demonstração do trabalho permeado de cooperação

Em qualquer situação de trabalho, o trabalhador não está sozinho na execução (Duraffourg, 2010). Embora cada situação seja específica, há ali naquele fazer um trabalhador coletivo e ao mesmo tempo singular, pois nunca se age de forma individual no trabalho. Mesmo quando o trabalhador se encontra isolado e impedido de

desenvolver diálogo com os demais, existe um coletivo cujas atividades invadem a execução das suas atividades. Podemos exemplificar a formação de um coletivo no procedimento de administrar uma medicação: o paciente necessita de uma medicação, o médico prescreve, o enfermeiro ou o técnico de enfermagem solicitam e administram, o farmacêutico confere, prepara e disponibiliza, e o técnico de farmácia entrega a medicação. Portanto, conduzir uma atividade não é simplesmente exercitar um monólogo técnico: é, forçosamente, entrar em diálogo no seio de uma atividade múltipla.

O autor acrescenta que numa equipe composta de pessoas que se conhecem (Figura 30), não tem forçosamente necessidade de falar, um olhar basta. A eficácia da equipe depende de regulações quase invisíveis. As falas de Bianca (SN3) e de Leonardo (SN2), respectivamente, ilustram esta afirmação:

*“A gente aprendeu a se conhecer, a trabalhar em equipe e outra coisa, a gente se resolve.”*

*“Às vezes a gente se conhece no olhar, a gente olha assim: “Ah, está tudo bem?”*



Figura 30 – Coletivo de trabalho

Entretanto, o fato de estarem trabalhando no mesmo local não significa que as pessoas estejam fazendo uma atividade coletiva, que se configura quando uma tarefa é compartilhada por um grupo. Abordando a cooperação, Dejourns (2011) afirma que um grupo de pessoas reunido no trabalho torna-se de fato um coletivo quando se constrói neste grupo a *cooperação* entre seus membros. A cooperação, por sua vez, apresenta algumas condições para se desenvolver: necessita de um quadro de referência sobre a divisão do trabalho e a relação entre as pessoas - o que a Ergologia denomina Registro 1 ou normas antecedentes; a *confiança* entre os membros do coletivo para dar visibilidade aos modos operatórios utilizados para lidar com a defasagem entre o trabalho prescrito e o real, condições propícias à confrontação de opiniões sobre a organização do trabalho, e a *retribuição* como gratidão e constatação dos esforços e dos riscos corridos por aqueles que questionaram a organização prescrita à contribuição dada pelos sujeitos à organização do trabalho a partir de sua subversão, configurando a *dinâmica do reconhecimento*.

A força pacificadora do trabalho deve-se precisamente ao fato de que é possível estabelecer ligações de cooperação com indivíduos de quem não gostamos ou com os

quais não comungamos das mesmas opiniões. Dejours (2012) considera que podemos trabalhar com uma pessoa que não gostamos pela única razão de reconhecer-lhe competências no registro do fazer e não por suas qualidades no registro do ser. O importante é a estima e a confiança em relação ao respeito comum às regras do trabalho e à postura moral quanto ao real do trabalho. Giovana (SN1) exemplifica esta afirmação:

*“A equipe tem seu diferencial. Você pode até de repente vir: Ah, vou trabalhar com fulana. Mas às vezes quando você chega aqui você percebe que fulana consegue trabalhar junto com você numa boa, o trabalho rende, o trabalho flui. Você pode até ter uma antipatia pessoal, mas de repente a gente não sabe como, o trabalho consegue fluir. Eu digo não sabe como, porque na minha formação eu havia entendido que era assim, os problemas a gente deixa da porta para fora e entra para trabalhar. Você chega no plantão e encontra alguém que você não simpatiza: ‘Caramba! Fulano que está aqui?’ Mas durante o plantão, o trabalho flui de uma forma tão boa que essas diferenças se dissociam, né? Se minimizam. E muitas das vezes até se exacerbam, dependendo do que aconteça no plantão você sai daqui querendo matar o sujeito.”*

Num ambiente onde as tarefas se entrelaçam de modo tão peculiar, as dificuldades de relacionamento são bastante prejudiciais, podendo interferir na dinâmica do trabalho e na satisfação do trabalhador. Duraffourg (2010, p. 76) acredita que “não existem duas equipes que funcionem da mesma maneira e isso condiciona fundamentalmente a atividade de cada um”.

Schwartz (2010e, p. 208) esclarece que “na combinação de grupos humanos existe o *encontro dos encontros* ancorado na história”. Nesse encontro, existe um debate de normas sobre a dimensão de valores que é muito importante para saber como cada um, individual ou coletivamente, vai geri-lo. Quando uma pessoa chega a um serviço, se ela não fizer esforço para compreender um pouco a história que se criou em torno das

pessoas, de sua maneira de fazer, ela não terá relação eficaz com elas. Essa situação é presenciada no real do trabalho e relatada por Bianca (SN3):

*“Porque você sabe muito bem a problemática dos outros plantões em relação aos horários, trabalho e várias outras situações. Então no nosso plantão isso não ocorre. O pessoal não gosta muito de vir no nosso plantão, a gente agradece, a gente nem quer.”*

Os resultados da dissertação de Masson (2007) ilustram que cada plantão tem o seu jeito e o seu contexto para trabalhar, sendo diferente o uso de si pelos outros de acordo com a equipe - um plantão é mais cooperativo do que o outro.

A importância da cooperação no trabalho é comentada por um dos participantes do estudo de Araújo (2010, p. 74) que ao citar a complexidade nas relações interpessoais pontuou:

*“Às vezes a gente se estressa com um colega ou outro, mas depois passa. Se não for assim, o serviço não funciona. Todo mundo precisa do outro colega. Minha mãe sempre dizia lá em casa que uma andorinha não faz verão e é verdade. Para o serviço acontecer, a gente precisa de todo mundo colaborando.”*

Esse relato também denota uma mescla de sentimentos e valores da vida profissional e pessoal, associados às mais diversas responsabilidades no processo de trabalho. É o trabalhador mobilizando seu universo de valores no enfrentamento das infidelidades do meio.

Para superarem as variabilidades que surgem da própria natureza da organização do trabalho, é necessário que os trabalhadores tenham vontade de trabalhar juntos. Isto favorece a construção de um clima de respeito e justiça com relação às ações dos trabalhadores permitindo o estabelecimento da confiança (Dejours, 2011). A confiança diz respeito aos acordos, normas e regras que enquadram a maneira como se executa o trabalho. De acordo com a sua experiência, Leonardo (SN2) faz a sua gestão do uso de

si procurando estabelecer confiança no outro, com o intuito de constituir uma ECRP para o desenvolvimento do seu trabalho:

*“Então assim, eu venho trabalhar, quem tiver ótimo, quem faltar, faltou. Vou trabalhar com quem tem, vou tentar trabalhar da melhor forma possível.”*

Porém, em algumas situações a confiança não está estabelecida e a competência dos trabalhadores parece ser questionada. A competência profissional é descrita por Zarifian (2003) como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. Apesar de investirem nesta mobilização, alguns trabalhadores parecem ser considerados incompetentes ao agir, como revela o comentário de Livia (SN1):

*“Eu acho que dependendo da gravidade das crianças era necessário algum médico ali dentro á noite, porque até você chamar, quando você consegue chamar, você tem que estar ali à disposição, tomando atitude. Quando chegam ainda te falam assim, não foi uma ou duas vezes não: ‘O que você fez com a criança?’ Dá a impressão que eu fiz uma coisa errada. Por exemplo, ela veio me questionar porque eu tinha tirado o pré (oxímetro) da criança. Eu tirei porque simplesmente o dia inteiro ele não fez diferença de saturação.”*

Nessa situação, o trabalhador foi convocado pelo real a uma tomada de decisão, exemplificando o terceiro ingrediente do *agir em competência* que refere à articulação entre a face protocolar e a face singular da situação de trabalho. Schwartz (2010e) assegura que cada pessoa tem um perfil diferente de competência, ou seja, como ela age de acordo com o que é requerido no trabalho. Trata-se da capacidade de avaliar e fazer

uso deste perfil no âmbito de uma equipe. A competência não é aqui entendida como um atributo pessoal, sem relação com a organização de trabalho e sim como algo que se entende no âmbito de uma dinâmica que envolve muitos fatores como: o domínio dos protocolos em uma situação de trabalho, a capacidade de se apropriar das situações de trabalho de maneira singular e o debate de valores implícito à atividade.

Outro ponto discutido pelos participantes refere-se à chegada de um novato (Figura 31), o que fragiliza necessariamente o domínio da situação de trabalho. Duraffourg (2010, p. 77) afirma que:

“neste caso, os trabalhadores dizem não ter confiança. Não se trata de desconfiança em relação às pessoas, nem de dúvida a respeito da competência profissional, mas em geral é uma maneira de dizer: *não sei como ele vai reagir à situação de trabalho*. A singularidade é igualmente uma característica da atividade dos coletivos de trabalho”.

Nos trechos a seguir, Giovana e Lívia expressam seus sentimentos perante a chegada de novatos na equipe:

*“Então, como velha do plantão eu quero dizer assim, que foi um desafio muito grande receber muita gente nova no plantão, sabendo que é uma UTI de alta complexidade.”*

*(Giovana-SNI)*

*“É gente nova chegando ao trabalho. A expectativa da gente é de como é que vai ser, que eu acho que não é expectativa só de quem está no plantão recebendo alguém, é de quem também está chegando e quer mostrar trabalho, quer mostrar que é eficiente, que aprendeu, quer mostrar o seu valor pessoal.”*

*(Lívia-SNI)*



Figura 31 – Trabalhador novato na equipe

A flexibilização nos contratos de trabalho favoreceu a criação de formas de inserção nas organizações de trabalho mais instáveis, como a terceirização dos serviços (Lancman, 2011). Esta estratégia vem sendo amplamente utilizada pelas instituições públicas para atender a demanda de contratação de pessoal devido à escassez de concursos públicos e ao aumento do número de pacientes.

Em relação ao trabalho coletivo, a terceirização dos serviços exemplifica um aspecto macro repercutindo no espaço micro, visto que este tipo de contratação gera rotatividade de pessoal afetando o processo de trabalho. O fato é que quando sai uma pessoa treinada ocorre um enfraquecimento no coletivo, nas relações e nos arranjos que se construíram ali. Duraffourg (2010) evidencia que a desestruturação dos coletivos de trabalho resulta em consequências para o trabalhador, para a empresa e para a sociedade. Para o trabalhador repercute sobre a carga de trabalho devido ao reaprendizado necessário; para a empresa compromete a eficácia, qualidade e segurança; e para a sociedade provoca um custo cada vez mais elevado e riscos consideráveis relativos à segurança.

Conforme Dejours (1997), o coletivo desempenha papel essencial na condução do sofrimento do trabalho e em sua eventual transformação em prazer. Se esses laços se afrouxam, o coletivo vai se desagregando sob os efeitos nefastos da produção, sobre a qualidade do trabalho, ocasionando efeitos deletérios sobre a saúde dos envolvidos.

A dinâmica do trabalho de enfermagem não leva em consideração os problemas do trabalhador e o sujeito enfrenta, no seu cotidiano, dificuldades de toda ordem, fora e dentro do trabalho, sem que ele jamais expresse seus dissabores junto ao paciente. Ao contrário, espera-se serenidade. O modelo de mãe cuidadosa e abnegada é introjetado pela enfermagem e as necessidades pessoais e a ansiedade em relação às circunstâncias com as quais ele se defronta, geralmente, prejudicam o tipo de atendimento que ele sabe dar e que gostaria de poder dar, o que traz sofrimento ao trabalhador (Haddad, 2004).

No contexto da perspectiva ergológica, esse sofrimento pode ocorrer em proporções muito variáveis, pois as dificuldades remetem o trabalhador a uma construção em parte imprevisível em suas vivências laborativas. Quando o trabalho requer uma ação do trabalhador para além do que lhe é simplesmente pedido, então forçosamente algo da ordem da transgressão vai se instalar para que se desenvolva o meio favorável à tentativa de execução da tarefa. Deste modo, trabalhar será sempre questão de confrontação com as incertezas do momento presente e isso gera um custo humano frente às dramáticas.

Para transformar aquilo que faz os trabalhadores sofrerem, faz-se necessário reconhecer os semelhantes no trabalho como seres vivos enigmáticos, não meras máquinas de execução. Dejours (2011) enfatiza que o reconhecimento é a melhor resposta à cooperação e à contribuição do trabalhador na organização do trabalho. Consiste em um elemento capital da cooperação, sendo uma forma específica de retribuição psicológica frente à identidade no mundo do trabalho. A questão referente ao reconhecimento será discutida na categoria *nós referentes ao reconhecimento profissional*.

Apesar de todos os entraves expostos relacionados ao trabalho coletivo, é visível a importância do fortalecimento desse coletivo no processo de trabalho da Unidade Neonatal. Cardoso (2010) concluiu no seu estudo que é necessário encontrar alguma forma de reduzir as fragmentações e fomentar novas formas de relações entre os sujeitos. Não existem receitas prontas quanto à forma eficiente de trabalhar em equipe.

O importante é construir a ECRP conforme os valores de cada sujeito envolvido na situação de trabalho.

Considerando as questões que envolvem o trabalho coletivo, Schwartz (2010e, p. 219) ressalta que:

“a verdadeira capacidade de trabalhar em equipe está em compreender que cada um, em função de sua história, de sua vida escolar, de suas possibilidades e impossibilidades, de suas experiências de vida, tem um perfil diferente. Essa capacidade consiste em assumir suas responsabilidades quando se deve assumi-las, e ao mesmo tempo, consiste em ser modesto quando lhe convém. Uma boa pista é saber usar os ingredientes, como em uma culinária, ou seja, ligar entre si pessoas que têm perfis diferentes e fazê-las trabalhar juntas, de tal maneira que cada um reconheça que seu perfil é diferente do outro, mas que o objetivo comum é fazer junto, trabalhar junto”.

#### ***4.7 OS NÓS REFERENTES AO RECONHECIMENTO PROFISSIONAL***

---

Dejours (2011) adverte que o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que integram sua história passada.

Trabalhar, segundo Abraão e cols (2013, p.1642) consiste em:

“poder fazer algo interessante. É poder ter condições de se construir enquanto sujeito da ação, realizar, constituir-se como equipe que possa cooperar e agir em coletivo. Consiste também em desenvolver ações numa perspectiva de contribuição para o desenvolvimento de produtos e serviços condizentes, inclusive com uma perspectiva sustentável mais ampla, para que as pessoas possam envelhecer trabalhando e, também, obter bons resultados em termos econômicos, sociais e ambientais”.

Lucinha (SD3) elucida um desses bons resultados consequentes do fazer:

*“Aqui é o lado super bom da gente trabalhar. A gente vê a mãe com o neném no colo (Figura 32), super contente, um dia antes de ir embora, apesar da criança estar com esse bigodinho, mas já estava sugando tudo. (risos) A mãe ficou toda contente de tirar essa foto.”*



Figura 32 – A alegria de segurar o filho no colo

Ao identificar o lado positivo do seu trabalho, Lucinha transfere esse reconhecimento para o registro da construção de sua identidade. E o trabalho se inscreve assim na dinâmica da autorrealização. Dejours (2011) revela que a identidade constitui a armadura da saúde mental, tendo em vista que os esforços, as angústias, as dúvidas, as decepções e os desalentos adquirem sentido.

Porém, a forma como o trabalho é organizado pode gerar diversos tipos de desgaste, perda de expectativa de realizá-lo com qualidade e desmotivação para desenvolvê-lo. A organização do trabalho pode levar também à destruição de mecanismos de cooperação na equipe, queda da produção, absenteísmo e níveis

elevados de sofrimento psíquico (Uchida, Lancman e Sznelwar, 2013). Alguns estudos têm demonstrado que a perda de esperança de ter seu trabalho reconhecido, e de poder contribuir com sua experiência no avanço dos serviços, é um forte fator de sofrimento e desgaste psíquico. Afinal, o que mobiliza e motiva os sujeitos para o trabalho não é somente a remuneração, mas a retribuição simbólica pela contribuição que elas trazem ao trabalho.

Essa retribuição simbólica depende do reconhecimento do outro. Dejours (2011) destaca que o reconhecimento ocorre após julgamentos acerca do trabalho realizado, isto é, será destinado ao trabalho feito, e não à pessoa enquanto sujeito.

Durante os Encontros, os trabalhadores expuseram algumas situações nas quais observamos o julgamento de utilidade advindo do reconhecimento pelos familiares:

*“A mãe trouxe um bolo para a equipe e aí eu falei para ela: ‘Não, a gente vai ter que tirar uma foto sua com esse bolo’, porque nós queríamos mostrar que assim, que é um reconhecimento também. Ela não é obrigada a trazer nada para que alguém cuide melhor do filho dela. Ela traz por prazer.”*

*(Lívia-SN1)*

*“Ontem eu vi no facebook que eu achei super legal. Aquela mãe Jaqueline botou uma foto de um bebê como forma de agradecer e colocou o nome de várias pessoas da equipe. Achei super legal, lindo, lindo. Quer dizer, isso é uma coisa que te dá muito prazer. Isso é uma coisa que recompensa. Você se dana toda, você se estressa, mas isso é uma coisa que recompensa e que dá prazer.”*

*(Vera-SD2)*

O reconhecimento torna-se fundamental para a preservação da saúde, possibilitando um equilíbrio entre o desgaste derivado do trabalho e as expectativas de retribuição. Ao transformar o sofrimento proporciona-se realização e prazer. Assim, na visão da Psicodinâmica do Trabalho, o reconhecimento dá sentido ao trabalho, foca o

prazer e, em consequência disso, promove a saúde mental. Os trabalhadores conseguem no real do trabalho buscar essa transformação:

*“Então assim, para manter a nossa saúde, a nossa vida, a gente tem que começar a ver prazer aonde realmente tem prazer, ou até onde não tem prazer a gente buscar esse prazer dessa forma, de uma forma que a gente está buscando, de uma forma ou de outra, pelas crianças (Figura 33).”* (Luzimar-SD1)

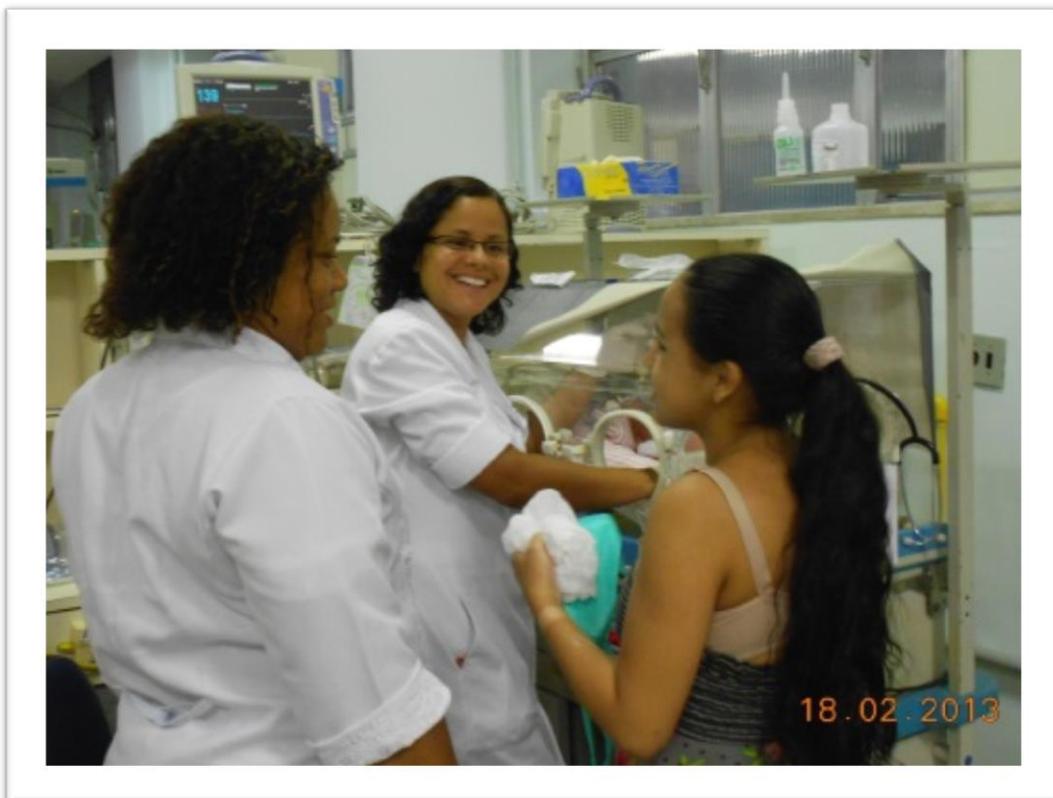


Figura 33 – O prazer dos trabalhadores advindo do contato com o bebê e a família

Gernet e Dejours (2011) reforçam que a validação de trabalho pelo reconhecimento atribuído pelos outros é um elemento principal do sentido do trabalho que participa da construção da identidade. A maioria dos indivíduos não consegue obter sua identidade somente a partir de si mesmo, necessitando, através do olhar do outro, da confirmação do seu trabalho. Perante o reconhecimento, trabalhar não é só produzir bens e serviços, é também transformar a si mesmo. Se esse reconhecimento não ocorrer,

o trabalho perde sua razão de ser.

Júlia (SD3) aponta uma situação na qual parece haver falta de reconhecimento de seus pares, referente ao investimento do uso de si para atingir os objetivos:

*“Posso falar uma outra coisa ruim, que eu não pude fotografar? (...) É difícil você pegar uma cena dessa e mostrar na câmara. Às vezes a gente saindo de plantão, quando você vai passar o plantão e o cara não entende o quanto a noite foi complicada e que às vezes você deixou um furo ou outro. E aí o que você vê na passagem do plantão é uma falta de compreensão do colega de algum furo que você tenha deixado passar. Eu nem considero furo, porque o trabalho de enfermagem é questão de continuidade. Eu não consegui chegar até ali, mas o outro vai prosseguir. Isso incomoda não só a mim, a todo mundo, porque é complicado. Você faz um plantão com o melhor que você pode, aí quando você chega para passar o plantão o colega que não entende as dificuldades que tivemos durante o plantão.”*

A grande maioria dos trabalhadores se esforça para realizar um bom trabalho e é esse investimento pessoal que necessita de reconhecimento. O resultado do trabalho executado por um trabalhador é sempre singular. Qualquer que seja o objeto resultante da atividade de trabalho, pelo trabalho humano que nele é investido, traz sempre o traço subjetivo daquele que o realizou. As falas de Carolina e Ângela expõem essa singularidade:

*“Quando você olha um bebê bem cuidado te dá um prazer. Por exemplo, eu consegui fazer esse narizinho<sup>5</sup> tão bonitinho (Figura 34). Fiquei orgulhosa.”* (Carolina-SN2)

---

<sup>5</sup> Narizinho para a pronga significa confeccionar uma proteção com hidrocolóide – tipo de curativo - para o nariz do recém-nascido em uso de pronga nasal, artefato necessário para cpap nasal – modalidade de oxigenoterapia. (CARMO, OLIVEIRA, PONTES e ARAÚJO, 2012)



Figura 34 – Recém-nascido com proteção nasal confeccionada com hidrocolóide

*“Cada um tem a sua referência, a Pérola é sempre o narizinho para a pronga e a Cristal é a cama. Quando eu entrei a Ametista me cobrou muito em relação à cama e aí eu cheguei um dia e pedi à Cristal para me ensinar a fazer a cama, porque a cama dela é muito perfeita, fica tudo direitinho. Ela parou e me ensinou. Eu fazia e cada dia fui melhorando um pouquinho. Hoje em dia toda vez que eu olho para uma cama eu lembro da Cristal. Você tem que pedir e reconhecer que o colega lhe ensinou. A Ágata mãe colocou a foto do bebê no facebook e elogiou a cama. Eu escrevi: valeu Cristal. E todo mundo queria saber quem é a Cristal. E eu falei que aprendi com a melhor, uma colega minha lá do Fernandes Figueira.” (Ângela-SD1)*

Percebe-se, nas falas anteriores, que os trabalhadores conseguem construir um sentido pessoal e intransferível com o seu desempenho e dedicação. Sentem-se

realizados com sua identidade profissional e pessoal construída e, assim, o trabalho passa a ter sentido para estes trabalhadores.

Um ponto altamente mobilizador de discussões e considerado de grande entrave para o reconhecimento profissional refere-se à distância entre o prescrito pela PNH e o real. As práticas humanizadas na Saúde vêm sendo discutidas desde a década de 70 focando, a princípio, os direitos do usuário. A partir de 2001, a reflexão sobre essas práticas adquiriu maior relevância em âmbito nacional, com a divulgação e implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, o governo transformou o PNHAH em política, passando a ser denominado PNH. Suas diretrizes deveriam estar presentes em todas as ações da Saúde para favorecer a troca e a construção de saberes, o diálogo entre trabalhadores, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da Saúde (Brasil, 2009).

Apesar de já terem se passado dez anos, os trabalhadores pontuaram que, no real, a valorização aos trabalhadores está aquém do que está prescrito por essa política, conforme observamos na fala de Ricardo (SN1):

*“A gente tem a questão da humanização que eu acho importantíssimo, os nossos pacientes merecem isso. Mas assim, eu vejo muito essa discussão da humanização em cima do paciente, e a nossa humanização? Quando é que eu sou humanizado? Porque eu sou largado aqui dentro. Eu me sinto largado.”*

Ricardo parece estar ressentido com a instituição por não reconhecer o valor de seu trabalho. Ao se sentir desvalorizado, sem reconhecimento, Ricardo, como outros trabalhadores, pode se sentir apenas uma peça diante da série de normas e rotinas a cumprir.

Em se tratando de valorização dos trabalhadores, existem duas ações centrais: democratizar as relações de trabalho através da inclusão dos trabalhadores no processo de gestão e transformar as condições concretas de trabalho, como sub-remuneração, relações contratuais precarizadas e injustas no trabalho e ambiência degradada, que

consistem nos fatores que interferem na produção de saúde dos que cuidam (Pasche e Figueiredo, 2009).

Um ponto destas ações serviu como pólvora nas discussões dos Encontros: a ambiência degradada.

*“Tem uma série de coisas que são cobradas, fizeram aqueles vídeos sobre a proposta do cuidado, mas o real é diferente do vídeo. Somos cobrados para humanizar, mas não funciona exatamente como deveria. Eu entendo assim, para você cobrar, você tem que motivar seus funcionários oferecendo um meio para que ele possa trabalhar de uma forma adequada. E uma das coisas que a gente mais reclamou na época das fotos é a gente não ter uma sala adequada para refeição. A gente tem que comer e aquele lugar é desumano.”* (Ângela-SD1)

*“A sala de convívio onde a gente almoça. A gente come ali curvado. Que eu acho maravilhoso você ter 7, 8 cabeças naquele lugar. Desculpa, parece um curral. O que acontece? O que eu vejo com isso? No dia que você (pesquisadora) apresentou essa pesquisa, eu lembro que você fez um comentário que era do funcionário chegando, que ele chegava com um pique e durante o processo ele ia perdendo esse pique. E eu acho que tem muito a ver com isso, sabe? Você chega e depois como eu sou tratado? Eu não me sinto valorizado nisso aqui, me desculpa. Parece que eu venho e tenho que cumprir a minha função e vou embora. Você não importa, você é o de menos, como você vai ficar aqui é o de menos. Me parece isso, sinceramente.”* (Ricardo-SNI)

Os trabalhadores relataram que existe uma sala de convívio utilizada para realizar as refeições e para o descanso dos trabalhadores do serviço noturno. Nessa sala, com 3 m<sup>2</sup>, existem dois beliches, um armário, uma mesa e duas cadeiras, além de um

micro-ondas e de uma televisão. Bianca (SN3) alega que “*a gente (equipe) perdeu muito quando a gente foi para aquele lugar ali*”. Faz referência ao local ser pequeno para acolher o número de pessoas e que não oferece acomodações adequadas para atender ao objetivo estabelecido. Essa área, muitas vezes, é utilizada para alívio de estresse do trabalho, conforme observado nos resultados do estudo de Souza (2006). Todavia, essa hora pode ser de conflito quando alguém está descansando, pois gera um incômodo entrar para beber um simples cafezinho.

Como já citado nos *nós referentes à ambiência*, a área física atual está obsoleta para atender o crescimento da demanda de assistência institucional, afetando, portanto, o cuidado ao paciente e ao trabalhador.

No estudo de Alamonica (2013), os participantes referiram a necessidade de um espaço de convivência onde eles pudessem sentar, conversar e se distrair um pouco. Segundo a autora, os participantes parecem chamar a atenção para a vida que também precisa ser vivida e sentida no trabalho.

O IFF faz parte do elenco de instituições públicas que sofrem com as questões orçamentárias do governo, conforme podemos constatar nas informações divulgadas nos noticiários pelo próprio governo. Apesar do esforço em oferecer condições e recursos suficientes para atender a demanda institucional, o real, citado pelos trabalhadores, parece estar distante do idealizado.

Dejours (2012) refere que trabalhar é confrontar o real. O impacto do contato com o real sobre os sentimentos do trabalhador não termina com o fim do expediente; põe em cheque a identidade, desestabiliza a vida doméstica e o lugar de si no mundo e em si mesmo. O trabalho não cessa no ateliê, na fábrica ou no hospital. Ele coloniza toda a subjetividade. O autor ao questionar a clássica divisão entre “dentro-do-trabalho” e “fora-do-trabalho”, chama a atenção para o fato do funcionamento psíquico não ser divisível. O homem que está engajado em estratégias de defesas para lutar contra o sofrimento no trabalho não abandona seu funcionamento psíquico no vestiário, tendo em vista que a função das estratégias de defesas é aliviar o sofrimento sem, entretanto, contribuir para a transformação, a emancipação ou a cura.

Junto com a queixa de falta de recursos materiais para o melhor acolhimento do trabalhador, observamos, também, um fator referente à falta de reconhecimento.

*“Essa foto do ventilador (Figura 35) é para mostrar as condições do descanso. Num plantão à noite, o ventilador não funcionava, a gente ficou lá derretendo naquele calor. Eu queria mostrar a qualidade de vida do funcionário aqui dentro. Eu acho que não é só essa questão da UTI, eu acho que o problema também é o externo.”* (Ricardo-SN1)



Figura 35 – Ventilador do vestiário

Leonardo (SN2) complementa o desabafo de Ricardo:

*“Você vai ficando meio desgastado, pois você chega e o ventilador está quebrado, aí você não tem lugar nem para você passar mal. No dia que você está se sentindo mal, você não tem condições de trabalhar porque é um em cima do outro, daqui a*

*pouco lota oito. É verdade, dá um sentimento assim... Não é culpa sua, é uma coisa institucional.”*

Não ser reconhecido é visto pelos trabalhadores como uma incompreensão do trabalho realizado, provocando-lhes sofrimento e um sentimento de invisibilidade. Portanto, é necessário reconhecer aquele que trabalha, o seu esforço e o seu investimento, para que ele possa atribuir sentido ao sofrimento vivido pelos trabalhadores.

Ao ser reconhecido, o trabalhador se sente valorizado. De acordo com Mendes e Tamayo (2001), a valorização representa o sentimento de que o trabalho tem valor por si mesmo e é importante para a organização de trabalho e para a sociedade. O sentimento de valorização pode derivar do prazer que aquele trabalho gera para quem o realiza e que torna sua profissão mais evidenciada socialmente.

Essa valorização pode ser observada no momento da alta hospitalar (Figura 36), apontada por vários trabalhadores como fator de gratificação e realização do trabalho executado. Os trabalhadores complementaram que quando a família e o bebê vêm “visitá-los”, é motivo de vivenciar prazer, pois faz aflorar o sentimento de que seu trabalho foi reconhecido e valorizado. Esses resultados também foram observados nas pesquisas de Souza (2010), Gomes (2011) e Alamonica (2013).

Analisando estes momentos à luz da Ergologia, observamos o quarto ingrediente da competência, no qual ocorre a *transformação do patrimônio*, a partir do debate de valores ligado ao debate de normas. Essa transformação consiste na capacidade de se apropriar, em parte, do serviço no qual o sujeito trabalha, como sendo seu, como aquele para o qual ele vem com um certo prazer, no qual ele trabalha. Ele trabalha seus valores, faz novas descobertas, e isso, no sentido mais abrangente, é positivo para a saúde. O trabalhador participa do serviço porque encontrou algo como saúde, como normatividade possível para ele.

*“Porque assim nós trabalhamos para que esses bebês consigam sair bem. Que eles se curem, para que se restabeleçam e possam ir para a sua casa. Então é um momento de grande alegria quando os pais vão levar os bebês para casa e eles*

*confraternizam com a gente, eles compartilham esse momento de alegria, né? De felicidade.”* (Luzimar-SD1)



Figura 36 – Um momento de prazer: a alta hospitalar

Quando um trabalho é reconhecido, está implícito o reconhecimento também das angústias, dúvidas, desmotivações que estiveram presentes durante todo o processo. O reconhecimento mostra que o sofrimento não foi em vão e que esse reconhecimento pode ser posteriormente reintegrado pelo sujeito ao plano da construção da identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio e de prazer.

*“Tem hora que dá vontade de ir embora. Aí você olha aquele bebê aconchegadinho, bonitinho (Figura 37) e pensa: não, ainda vale a pena. Vale a pena vir para cá, vale a pena todo este estresse.”* (Marlene-SD2)



Figura 37 – Razão do cuidado: o recém-nascido

Caso o sujeito não consiga usufruir da gratificação do reconhecimento do seu trabalho, não consegue também obter sentido na sua relação com o trabalho, ocorrendo apenas o sofrimento. Para Dejours (2011), como o reconhecimento dificilmente é outorgado satisfatoriamente, o sofrimento no trabalho pode, assim, levar a várias manifestações psicopatológicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*“Feliz é aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”*

*(Cora Coralina)*

O grande incômodo que me mobilizou para realizar este estudo traz à baila a questão de como os trabalhadores diante de todos os desafios do cotidiano recheado de dor, desgaste de várias modalidades e sobrecarga de trabalho, conseguem reunir forças para voltar no plantão seguinte. No decorrer do percurso investigativo, junto com as orientadoras, compreendi que existe um lado oculto e enigmático do trabalho que impele o trabalhador a buscar alternativas para dar conta de sua tarefa e às vezes transformar em prazer o que lhe faz sofrer. Nos Encontros, os trabalhadores revelam como utilizam o engajamento do corpo e mobilizam a inteligência para reagir nas diferentes situações e transgredir para dar conta do que deve ser feito. Isto ocorre, por exemplo, quando dão banho no bebê à noite para acalmá-lo ou quando o colocam no colo para fazê-lo dormir.

A busca do sentido do trabalho, no qual a atividade se revela complexa diante dos múltiplos aspectos que a envolvem (características da clientela, normas, valores, relações, coletivo), expressa-se na superação do sofrimento através do reconhecimento profissional. Trata-se de um reconhecimento que vem do julgamento dos pares, dos usuários e da hierarquia, dessa implicação do trabalhador que assume riscos para atingir os objetivos. Quando há reconhecimento, o trabalhador consegue extrair prazer e construir o sentido do trabalho.

Algumas formas de reconhecimento foram destacadas como, por exemplo, sentir orgulho por algum feito executado, como a confecção “impecável” de uma proteção para o nariz do bebê em uso de pronga nasal, o elogio por uma “cama” bem feita ou quando a mãe leva um bolo para a equipe como forma de agradecimento pelo cuidado prestado. A alta hospitalar também foi apontada como potencial fator de prazer, visto

que os trabalhadores têm a sensação de dever cumprido, sentem orgulho de seu ofício e visualizam um resultado positivo do seu engajamento no trabalho.

Esse engajamento de si é invisível para o próprio trabalhador, mas extremamente necessário para gerir as diferenças entre o que é demandado e o que se passa na realidade. É nessa invisibilidade que os trabalhadores dão verdadeiros *nós em pingo d'água* diante das condições de trabalho (espaço inadequado, ritmo intenso de trabalho, superlotação, número insuficiente de trabalhadores e dificuldade de se organizarem coletivamente).

A utilização da perspectiva ergológica, que orienta essa pesquisa, possibilitou dar visibilidade ao trabalho sob um ângulo diferente de vê-lo apenas como simples execução de procedimentos. A incorporação de alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho reforçou o pressuposto da Ergologia referente à importância de um olhar pluridisciplinar em função da atividade humana ser muito complexa para se compreender e analisar a partir de uma única abordagem, qualquer que seja ela. Essas perspectivas possibilitaram vislumbrar o trabalho como construção de uma história, um momento de vida que jamais se reproduz de forma idêntica, o que fez um diferencial significativo para atingir o objetivo proposto.

Em relação ao trabalho de campo, consideramos que os dispositivos escolhidos, a Oficina de Fotos, inspirada em Osório (2008) e Maurense e Tittoni (2007), e os Encontros sobre o Trabalho, inspirado em Durrieu (2010), possibilitaram aos trabalhadores colocar seu cotidiano de trabalho em foco, revelando modos de trabalhar invisibilizados pelas normas e padronizações, desnaturalizando, assim, os processos de trabalho. Os trabalhadores consideraram o uso da fotografia uma forma criativa, revelando o inusitado. Isto reforça a afirmação de Maurense e Tittoni (2007, p.34), que “a fotografia é um potente fator para a reflexão, sendo um instrumento fundamental nas investigações, e não apenas mera ilustração do ambiente”. Consideramos que o uso das fotografias como sustentação dos diálogos nos Encontros (e não como uma forma de denúncia) permitiu aos trabalhadores apropriação crítica quanto a sua realidade à medida que a trouxeram para debate, refletiram sobre ela e perceberam como a gestão de cada um permeia e afeta o processo de trabalho do coletivo. Segundo Schwartz (2000), é através dessa gestão que os trabalhadores tornam o trabalho vivível.

Ao colocarmos em prática dispositivos para entender como os trabalhadores vivenciam as suas experiências de trabalho, acabamos por efetuar um diagnóstico dos

problemas existentes na Unidade Neonatal. Apresentaremos a seguir alguns pontos deste diagnóstico que consideramos relevantes para a construção do sentido do trabalho dos trabalhadores desta Unidade.

No que concerne ao espaço físico, os trabalhadores revelaram que a dimensão e o ritmo intenso demandado pelo trabalho são fatores que afetam o equilíbrio da saúde e o grau de motivação. Segundo Revuz (2010, p. 223) “as organizações do trabalho chegam às vezes a *quebrar* a motivação para o trabalho dada a maneira como tratam os sujeitos, no sentido daquilo que oferecem como *meio para viver*”. Os comentários sinalizaram que a Instituição não reconhece e nem valoriza o trabalho em suas várias dimensões, incluindo aspectos da área física que influenciam as relações interpessoais, no caso, os espaços destinados ao convívio e ao repouso. Consideramos importante a necessidade de uma imediata reestruturação da área, para atender ao prescrito pela PNH, ou seja, proporcionar um ambiente que facilite o processo de trabalho, favorecendo o atendimento acolhedor e resolutivo, tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Esta iniciativa poderá contribuir para a satisfação e melhor desempenho dos trabalhadores, permitindo um equilíbrio na sua saúde.

Outro fator considerado como potencial desencadeador de sofrimento no trabalho foi a superlotação. Observamos que à medida que essa condição provoca nos trabalhadores o constrangimento de não poder fazer aquilo que consideravam o melhor, compromete a qualidade do cuidar e o sentido do trabalho - que fica perdido e sem importância numa situação precarizada. Os resultados revelaram que a especificidade da clientela desta Unidade Neonatal, tendo em vista o diagnóstico e o tempo de internação, implica significativamente no aumento da taxa de ocupação de modo constante. Esta questão reflete a ineficiência da rede de Saúde (âmbito macro) em absorver uma parcela dos pacientes, tanto neonatais quanto pediátricos o que, inevitavelmente, afeta o mais simples ato de trabalho no âmbito micro.

A ineficiência dessa relação dialética, entre o macro e o micro, cria empecilhos na construção coletiva da rede de assistência, exigindo que cada um, a sua maneira, busque ultrapassar as contradições da organização do trabalho. O fato é: mesmo sem ter vaga, o trabalhador mobiliza o corpo si para dar conta do que deve ser feito, principalmente porque se trata do cuidado de um ser humano. Porém, esse investimento constante gera um custo para o equilíbrio da saúde dos trabalhadores, podendo originar ou agravar uma doença devido à sobrecarga derivada de situações de tensão prolongada.

Em caso de superlotação, deixam de ir ao banheiro, pulam refeições ou se esquecem de tomar uma medicação, como relataram os trabalhadores. Para enfrentar estas adversidades, constroem sistemas de defesas a fim de suportar a atividade, tentando se proteger coletivamente das dificuldades cotidianas do trabalho. Citaram, por exemplo, a necessidade de se confraternizar durante o plantão, o passeio no pátio com o chamado binômio mãe-bebê e a comemoração do “mesversário” da criança crônica.

A luta pelo sentido e pelo equilíbrio da saúde no trabalho torna-se mais conflituosa quando, aliada à superlotação, encontra-se o número insuficiente de trabalhadores. Conforme revelado nos resultados, o quantitativo de pessoal está aquém do prescrito na legislação (Portaria 930/2012), e é agravado no momento de superlotação ou de ausência de trabalhadores no plantão. Esta questão micro é reflexo de uma questão macro relacionada à expansão da prestação de serviços públicos ocorrida na década de 90. A restrição de concursos públicos para contratação de pessoal tornou imperativa a necessidade de terceirização de serviços. Porém, a Instituição, sendo administrada pela esfera federal, enfrenta as questões de fragilidades e de restrições decorrentes do contexto socioeconômico do Governo e das normatizações do Ministério Público do Trabalho, que impedem o dimensionamento adequado de pessoal. Constatamos que a inadequação do quantitativo de pessoal e a rotatividade comprometem e/ou dificultam a produção e transmissão de saberes, as vinculações efetivas e o fortalecimento desse coletivo para os enfrentamentos peculiares desse ambiente tão complexo.

A questão da dimensão coletiva do trabalho revelou que a falta de comunicação e de integração entre a equipe multiprofissional é um fator de comprometimento para a qualidade do cuidado e para o equilíbrio da saúde dos trabalhadores. Os resultados mostraram que apesar da vontade de colaborar, visível em grande parte da equipe, fatores referentes à hierarquia e ao poder ainda interferem negativamente na convivência e no respeito entre os sujeitos do trabalho. O sofrimento gerado pelos conflitos entre os sujeitos dá a falsa impressão de que cada trabalhador se encontra sozinho em sua ação, embora esteja em meio a um debate de normas com as demais atividades para gerir a sua própria. Isso reforça a invisibilidade do engajamento de cada um para enfrentar as dificuldades do seu cotidiano. A nosso ver, o grupo precisa estabelecer um espaço de diálogo entre os diferentes sujeitos da equipe multiprofissional, como propõe a PNH. Esse diálogo visa favorecer a expressão e a produção de conhecimentos novos, vislumbrando a aprendizagem do coletivo, lidando

com os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento. Adotar essa postura de acolhimento, valorização e reconhecimento do outro, incluindo o familiar, poderá repercutir de modo significativo na vida, na satisfação e no desempenho dos trabalhadores.

Uma peculiaridade desta pesquisa reside na implicação do papel híbrido da autora da tese. Foi uma experiência bastante rica ouvir e analisar a experiência coletiva desse grupo de trabalhadores, que apresenta um patrimônio típico e que muito tem a ensinar sobre as situações de trabalho. Colocar em ação um dispositivo que disparou o debate para a análise do trabalho permitiu-me, enquanto gestora, identificar as dificuldades e os limites impostos pelas condições de trabalho, além de conhecer os saberes e as estratégias utilizadas para a realização da atividade. Também encontrei pistas para a solução de alguns *nós* específicos, como por exemplo, a mudança na forma de realizar o *round* no setor. Após o diálogo com a médica da rotina, em que foram expostas as consequências do *round* em relação ao ruído e ao fluxo de pessoas, foi estabelecida uma forma adequada para realizá-lo, considerada positiva pelos trabalhadores.

Outra conquista relacionada a esse hibridismo refere-se a duas alterações no espaço físico. Seguindo as diretrizes da PNH, o gestor do IFF vem incentivando a participação ativa dos trabalhadores por meio de colegiados, em que um dos objetivos consiste em identificar os principais agravos e os fluxos assistenciais da organização de trabalho. A participação como coordenadora da equipe nestes colegiados possibilitou apresentar as queixas dos trabalhadores referentes ao espaço físico resultando em obra na sala de medicação e a indicação da Unidade para implementação de um dos projetos do I Curso Nacional de Formação de Apoiadores Temáticos em Ambiência no SUS. Este projeto visa à reforma da área física da Unidade selecionada, de acordo com os princípios e diretrizes da Cartilha de Ambiência.

Entendemos que esse hibridismo propiciou vislumbrar novas possibilidades de intervenção ao se estabelecer uma relação ética e de confiança entre as pesquisadoras e os trabalhadores. Porém, estamos cientes que a face gestora da pesquisadora, por sua posição hierárquica, pode ter limitado a veiculação de alguns saberes e críticas dos trabalhadores sobre as condições de trabalho.

A produção dessa pesquisa contribuiu para a mudança do olhar como gestora sobre os sujeitos e o trabalho desenvolvido por eles. Remeto aos primeiros passos desta

caminhada e constato que se tivesse seguido a trilha das linhas clássicas da motivação, não teria alcançado a compreensão da importância do viver e pensar junto no processo de gestão. Considero que desvendar o trabalho real através do referencial adotado possibilitou a minha própria transformação no sentido de vivenciar uma outra forma de fazer a gestão. Esse novo olhar sobre um trabalho que realizo há tantos anos abre a possibilidade de explorar outra forma de gerir, a partir dos conhecimentos específicos do trabalho e dos encontros singulares entre os trabalhadores, considerando as infidelidades do meio. Assim, ao realizar a pesquisa baseada na postura ergológica, considero ter vivido transitoriamente o papel de pesquisadora, papel este que possivelmente dará lugar ao de gestora melhor instrumentalizada para a *ergogestão*.

A gestão democrática e horizontalizada da atividade de trabalho proposta pela ergogestão atua sobre o princípio da divisão técnica e social do trabalho e diminui a dissociação entre o planejamento e a execução. A atividade de trabalho não pode ser totalmente antecipada pelas prescrições nem pelas normas antecedentes, sendo imprescindível que o gestor incorpore, no processo de gestão, os saberes dos trabalhadores, produzidos na atividade. Portanto, a ergogestão não se realiza sem o protagonismo efetivo do trabalhador, já que nenhum gestor pode gerir, rigorosamente, a atividade do outro (Schwartz, 2011).

À guisa de conclusão, acreditamos que os resultados fortalecem a concepção de que a história e o saber de cada trabalhador são essenciais para o desenvolvimento da atividade. Esta visão do trabalho favorecerá tanto o reconhecimento do investimento que o trabalhador faz de si, quanto fortalecerá sua identidade pessoal e social, possibilitando, assim, a construção do sentido do trabalho.

Por fim, esperamos ainda que o nosso estudo possa oferecer subsídios necessários para que as organizações de trabalho estabeleçam intervenções visando a uma melhor qualidade de vida no trabalho.

ABRAHÃO, J.I.; MASCIA, F.L.; MONTEDO, U.B.; SZNELWAR, L.I. Contribuição da ergonomia para a transformação e melhoria da organização e do conteúdo do trabalho. In: Mendes, R (org). **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1639-54.

AGUDELO, M. El Trabajo en enfermería. In: Machado, M. H. (org). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 149-182.

ALAMONICA, R. **Trabalho em hospital: uma reflexão sobre os desafios à vigilância para promoção da saúde dos profissionais de saúde** [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**. v.105, n.2, p. 454-61, 2000.

ANVISA. **RDC nº 7**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. 2010. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acessado em 25 de julho de 2013.

ARAÚJO, E.M.C. **Análise da organização e das condições de trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição em relação ao desempenho e à satisfação no trabalho: um estudo de caso** [Dissertação]. Niterói: UFF, 2010.

AVERY, M.E. History and epidemiology. In: MacDonald, M.G.; Seshia, M.M.K.; Mullet, M.D. **Avery's Neonatology: Pathophysiology & Management of the Newborn**. 6ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p.1-7

BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A. **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

BRAGA, M.A.; MORSCH D.S. Um nascimento diferente. In: Moreira, M.E.L.; Braga, M.A.; Morsch D.S (orgs). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRANT LC, MINAYO-GOMES C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n.1, p. 213-223, 2004.

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed., 1ª reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, M.S. **Portaria Nº 930**. Define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012.

BRASIL, M.S. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, M.S. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção de cuidado em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.104 p.

BRITO, J. A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: Minayo, C.; Machado, J.M.H.; Pena, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BRITO, J. **Trabalho Prescrito**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>. Acessado em 23 de agosto de 2013.

BRITO, J. **Trabalho Real**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009b. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>. Acessado em 23 de agosto de 2013.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2010.

CARDOSO, C. G. **Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas** [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2010.

CARMO, C.M.A; OLIVEIRA, E.M; PONTES, K.A.E.S; ARAÚJO, M.C. **Procedimentos de Enfermagem em Neonatologia**: Rotinas do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

CARMO, C.M.A. **O despertar de uma especialidade: a enfermeira na história da neonatologia do Instituto Fernandes Figueira** [Dissertação]. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2010.

CARVALHO, M. Prefácio. In: Moreira, M.E.L; Braga, N.A; Morsch, D.S. (orgs.) **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CARVALHO, W.B; PEDREIRA, M.L.G; AGUIAR, M.A.L. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Jornal de Pediatria**. v.81, n.6, p. 495-8, 2005.

DANIELLOU, F. **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

DEJOURS, C. **Trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15. 2012.

DEJOURS, C. **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Tradução de Soudant, F.; Lancman, S.; Sznelwar, L.I. (orgs). Brasília: Paralelo 15. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

DEJOURS, C. **A Loucura no Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 5ª ed. São Paulo: Cortez-Oborê, 2007.

DEJOURS, C. A Carga Psíquica do Trabalho. In: Dejours C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1997. p.21-32.

DEJOURS C. Uma nova visão do sofrimento humano das organizações. In: **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. Org. Chanlat J. Trad. Rodrigues A.M, 3. Ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1996. p. 149-174.

DEJOURS, C. **Repressão e subversão em psicossomática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Desejo ou Motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: Dejours C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1997. p. 33-43.

DURAFFOURG, J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Schwartz, Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora UFF, 2010. p.47-82.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 9, suplemento 1, 2011. p. 47-67.

DURRIVE, L. Pistas para o ergoformador animar os encontros sobre o trabalho. In: Schwartz Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: UFF, 2010. p. 309-318.

FIGUEIREDO, N.M.A ; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. **Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.12, n.3, jun, 2004.

GERNET, I & DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: Bendassolli, P.F.; Soboll, L.A.P. **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 61-70.

GOMES, L. **Trabalhar em UTI neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

GUERIN E COLS. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. Tradução Giliane M.J. Ingrassia e Marcos Maffei. São Paulo: Blucher: Fundação Vanzolini, 2001.

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário publico** [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: USP, 2004.

HARPER, D. **Online Etymology Dictionary**. In: <http://etymonline.com/?search=schala>. Acessado em 26/08/2011.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.

ICHISATO, S.M.T; SCOCHI, C.G.S. Ruídos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal durante as passagens de plantão (enfermagem e/ou médica) e visita médica. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.5, p.127-33, 2006.

JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. **Position statement: principals and guidelines for early hearing detection and intervention programs**. USA, 2000. Disponível em: <http://www.infanthearing.org/jcih/statement.html>. Acessado em 03/12/2013.

LAMY, Z.C. **Unidade Neonatal: um espaço de conflitos e negociações** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2000.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Dejours, C. **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Tradução de Soudant, F. / Lancman, S.; Sznelwar, L.I. (orgs). Brasília: Paralelo 15. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 31-49.

LAURELL, A.C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste Operário**. São Paulo. Hucitec, 1989.

LEMOS, R.C.A; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v.10, n.3, p. 345-357, maio-junho, 2002.

LHUILIER, D. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações trabalho-saúde. **Trabalho & Educação**. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 13-38, jan/abr, 2012.

MARTINS-NOGUEIRA, M.C.F. **Humanização da assistência e jornada do profissional de saúde**. Psychiatry on line. Brazil, 2003. In: [http://polbr.med.br/arquivo/artigos0503\\_5031.htm](http://polbr.med.br/arquivo/artigos0503_5031.htm). Acessado em 25/10/2013.

MASSON, L.P. **A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2007.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicologia & Sociedade**. v. 19, n. 3, p. 33-38, 2007.

MAYEROFF, M. A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo. In: Costenaro, R.G.S. **Ambiente Terapêutico de Cuidado ao Recém-Nascido Internado em UTI Neonatal**. Florianópolis: Centro Universitário Franciscano, 1971.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psicologia USF**. v. 6, n.1, p.39-46, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, M.M. UTI Neonatal: ambiente de expectativas ou de estresse? **Psicologado Artigos**. Publicado em 29/11/2012. In: <http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/uti-neonatal-ambiente-de-expectativas-ou-de-estresse#ixzz2UaI4i51V>. Acessado em 14/09/2013.

ODDONE, I; MARRI, G; GLORIA, S; BRIANTE, G; CHIATTELLA M; RE, A. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1986.

OLIVEIRA, B. R. G. **O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado**. **Texto e Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, p. 105-13, 2006.

OSORIO, C. Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho. **Informática na Educação: teoria & prática**. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p.41-49, jan/jun, 2010.

OSÓRIO, C. **Oficina de fotos: uma atividade para re-inventar a atividade de trabalho** [Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho]. São Paulo, 2008.

OSÓRIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediadas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. vol.9, n.1, p.15-32, 2006.

OSORIO, C.; MAIA, M.. Fotografias Co-Produzidas da Situação de Trabalho: imagens em ato da atividade em saúde. **Informática na Educação: teoria & prática**. Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 46-54, jul./dez, 2010.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população** [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant, P. (org). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 105-120.

PONTES, K.A.E.S. **Avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem Neonatal de acordo com a categoria do recém-nascido**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2004.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S.; MENDES, T.A.R. Prevalência de malformações congênitas no município do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2000 e 2006. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 364-368, 2011.

REVUZ, C. O trabalho e o sujeito. In: Schwartz Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: UFF, 2010. p. 223-243,

RIBEIRO, M.C.S. A nocividade do trabalho: os riscos à saúde do trabalhador. In: Ribeiro, M. C.S. (org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

ROCHA, P.K; PRADO, M.L; WAL, M.L. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n. 1, p. 113-116, jan-fev, 2008.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. - Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 6, n. 2, 2004. In: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli, P.F.; Soboll, L. A.P. (orgs). **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho**

na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p 132-166.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e ergologia. In: Schwartz, Y; Durrive, L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora UFF, 2010a. p. 25-36.

SCHWARTZ Y. A dimensão coletiva do trabalho: as entidades coletivas relativamente permanentes. In: Schwartz, Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora UFF, 2010b. p. 149-164.

SCHWARTZ Y. Trabalho e uso de si In: Schwartz, Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora UFF, 2010c. p. 189-204.

SCHWARTZ Y. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: Schwartz, Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora UFF, 2010d. p. 37-46.

SCHWARTZ Y. Uso de si e competência. In: Schwartz, Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Editora UFF, 2010e. p. 205-221.

SCHWARTZ, Y. Actividade. **Laboreal** [Internet]. v. 1, n. 1, p.63-64, 2005. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53635622>.

SCHWARTZ, Y. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: Daniellou, F. e cols. **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blücher, 2004a.

SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.2, n. 1, p. 33-55, 2004b.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Revista Pró-Posições**. Campinas; Faculdade de Educação /Unicamp. v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul, 2000.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. O homem, o mercado e a cidade. In: Schwartz Y; Durrive L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói:UFF, 2010. p. 247-273.

SILVA, B. M. **Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto e Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, set, 2006.

SILVA, A. C. B.; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 33, n.117, p. 23-35.2008.

SIX, F. **De la prescription à la préparation du travail**; la dimension sociale du travail. Exemple du travail des compagnons et de l'encadrement sur les chantiers du Bâtiment. 2002. In: <http://www.ergonomie-self.org/documents/37eme-Aix-en-Provence-2002/six.pdf>. Acessado em 23/08/2012.

SOUZA, A M.R.Z. **Atividade de cuidados em UTI Neonatal**: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

SOUZA, K.M.O. **Processo de trabalho e os obstáculos à humanização** [Dissertação]. Rio de Janeiro: IFF/ FIOCRUZ, 2006.

SOUZA, W. F.; VERISSIMO, M. A ergogestão: por um outro modo de gerir o trabalho e as reservas de alternativas. **Revue du Département d'Ergologie Université de Provence**. Ergologia, n° 1, Janvier 2009, pp. 75-90.

SOUZA, K. M. O; VELLOSO, M. P.; OLIVEIRA, S.S. A profissão de bombeiro militar e a análise da atividade para compreensão da relação trabalho-saúde: revisão da literatura. In: Lourenço, E.A.S; Navarro, V.L.; Lara, R.; Inácio, J.R. (orgs). **Saúde do trabalhador**: desafios para a seguridade social e movimento sindical. 1ª ed. São Paulo: UNESP, 2012.

TAMAYO, A.; PASCHOAL, T. A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. **Revista de administração Contemporânea**. Curitiba, v.7, n.4, out/dez, 2003.

TELLES A.L.; ALVAREZ D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo, M; Athayde, M; Brito, JC; Alvarez, D. (orgs.) **Labirintos do trabalho**: interrogações sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

UCHIDA, S.; LANCMAN,S.; SZNELMAR, L.I. Contribuição da psicodinâmica do trabalho para a transformação e melhoria da organização e do conteúdo do trabalho. In: Mendes, R (org). **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 1629-39.

VÉZINA, M.; DERRIENNIC, C; MONFORT, C. Tension au travail et atteintes à la santé mentale: l'éclairage de l'enquete ESTEV. In: **Travail, santé, vieillissement, relations et évolution**: Collection Colloques. Paris: Octarès Editions, 2001.

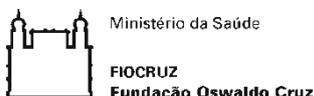
VIANNA, E.C. **Entre poucas prescrições e subversões**: o jeitinho de fazer saúde dos agentes comunitários de Manguinhos [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013.

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. 181-198.

ZACONETA, C.M.; SIQUEIRA, A.P.R; SIQUEIRA, F.R.; RAMOS, E.C.  
**Neonatologia, a terceira onda.** 2004. In:  
[http://www.paulomargotto.com.br/documentos/neo\\_04022004.doc](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc). Acessado em 20 de agosto de 2008.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência:** trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Editora Senac, 2003.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Doutorado em Saúde Pública

Projeto de Pesquisa: O sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal: um estudo do ponto de vista da atividade.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada **O sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal: um estudo do ponto de vista da atividade** visa compreender o sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da UTIN a partir da atividade na perspectiva da promoção da saúde, identificando as principais dificuldades e desafios no cotidiano da UTIN. Convido-lhe a participar na produção de fotos das situações de trabalho que serão os dados a serem discutidos nas conversas sobre o trabalho.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa propiciará discussão acerca das condições de trabalho da equipe de enfermagem, contribuindo na construção do conhecimento no campo de Saúde do Trabalhador e principalmente visando à melhoria e à transformação positiva nos locais de trabalho.

Quanto aos riscos da participação dos profissionais de enfermagem neste estudo, observa-se que o contato com os problemas relacionados ao trabalho através das fotos e das conversas nos encontros, podem eventualmente produzir inquietações e desconfortos, porém nossas discussões estarão centradas nas exigências da atividade desenvolvida, e não em seus aspectos psicológicos, o que reduz este risco. Cabe ressaltar que os sujeitos têm o direito de abdicar da participação em qualquer momento, sem que a desistência implique em qualquer prejuízo no cotidiano do trabalho.

De acordo com a resolução 196/96 será garantido anonimato e o sigilo dos dados; as informações que possam acarretar problemas junto aos seus colegas ou instituição não serão utilizadas ou divulgadas por este estudo para evitar risco de constrangimentos e retaliações. Portanto, na tese ou em quaisquer outras publicações científicas, serão utilizados nomes fictícios.

As fotos e os áudios das discussões dos grupos ficarão sob a guarda da própria pesquisadora por um período de cinco anos e posteriormente serão destruídos completamente.

Constam neste termo, o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e dos Comitês de Ética da ENSP e do IFF para qualquer esclarecimento adicional que necessite durante o curso da pesquisa.

Ao assinar este termo, concordará em participar da pesquisa, estando ciente dos objetivos, riscos e benefícios de sua participação e que não terá ganho financeiro ou despesa, além de autorizar sua participação em fotos e a gravação dos áudios.

---

Sujeito da pesquisa

Pesquisadora: Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes  
IFF/FIOCRUZ – Rua Rui Barbosa, 716 – 3º andar UTIN – Flamengo – RJ  
Tel: 2554-1820 [karlapontes@iff.fiocruz.br](mailto:karlapontes@iff.fiocruz.br)  
CEP/ENSP: 2598-2863 [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
CEP/FF: 2554-1730 [cep@iff.fiocruz.br](mailto:cep@iff.fiocruz.br)

## APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

---



Doutorado em Saúde Pública

Projeto de Pesquisa: O sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da Unidade Neonatal: um estudo do ponto de vista da atividade.

### AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo utilizar minhas imagens registradas durante a produção de dados do estudo em publicações que visem a divulgar a referida pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Identidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes  
IFF/FIOCRUZ – Rua Rui Barbosa, 716 – 3º andar UTIN – Flamengo – RJ  
Tel: 2554-1820 [karlapontes@iff.fiocruz.br](mailto:karlapontes@iff.fiocruz.br)  
CEP/ENSP: 2598-2863 [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
CEP/FF: 2554-1730 [cep@iff.fiocruz.br](mailto:cep@iff.fiocruz.br)

# APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS TRABALHADORES

**Doutorado em Saúde Pública**

**O sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um estudo do ponto de vista da atividade.**

**Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes**

**Orientadoras: Lucia Rotenberg  
Simone Oliveira  
Luciana Gomes**

 **OBSERVAÇÕES DO COTIDIANO**

- Diminuição na disposição para o trabalho;  
Diminuição na qualidade da assistência
- Aumento do absenteísmo;  
Aumento da sobrecarga de trabalho
- Condições precárias.  
Falta de equipamentos e materiais, condições ambientais.

**O que está acontecendo nesta UTIN?**



 **INQUIETAÇÕES**

- De quais estratégias os trabalhadores de enfermagem lançam mão para construir um sentido que os mobilize a contornar os desafios cotidianos deste ambiente potencialmente gerador de sofrimento?
- Que repercussões podem ocorrer na saúde destes trabalhadores ao se defrontarem com as variabilidades da UTIN?

 **JUSTIFICATIVA**

- Características da clientela da UTIN do estudo;
- Diferenças nos contratos de trabalho;
- Funcionamento diuturno;
- Responsabilidade da equipe de enfermagem.

**OBJETIVO GERAL**

Compreender o sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da UTIN a partir da atividade na perspectiva da promoção da saúde.



## METODOLOGIA

### **PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Todos os **enfermeiros e técnicos de enfermagem** que atuam na UTIN e que queiram participar voluntariamente.

### **COLETA DE DADOS**

1ª Etapa: Apresentação do projeto à equipe de enfermagem

### 2ª Etapa: Produzindo os dados

Dinâmica: câmera fotográfica digital durante o plantão de 12 horas.

06 plantões (03 diurnos e 03 noturnos)

Cada plantão deverá fotografar situações que considerarem positivas (que fortalecem a saúde no trabalho) e negativas (que enfraquecem a saúde no trabalho).

Após cada plantão as fotos serão arquivadas e deletadas da máquina antes do uso da mesma pela próxima equipe.

### 3ª Etapa: 1º Encontro com os grupos

Cada grupo irá analisar as fotos baseando-se nos seguintes tópicos:

- Situação fotografada;
- Classificação da situação fotografada como positiva ou negativa;
- Sentido que a situação fotografada evoca;
- Comentários dos participantes sobre a fotografia;
- Reflexão sobre as fotografias relacionando-as com a atividade, a construção do sentido do trabalho e as repercussões na saúde dos trabalhadores.

### 4ª Etapa: Encontro entre as pesquisadoras

Consistirá em articular os comentários sobre as fotos e sobre a atividade dos grupos com os conceitos da ergologia.

### 5ª Etapa: 2º Encontro com os grupos

Consistirá em apresentar as análises realizadas pelas pesquisadoras e será solicitado ao grupo que elabore um painel com as fotos que eles tiraram.

### 6ª Etapa: Apresentação para a comunidade Institucional

Os painéis dos grupos formarão um plotter para ser apresentado à comunidade do IFF na semana de enfermagem.

A apresentação dos resultados para a comunidade da instituição visa transmitir e socializar os conhecimentos advindos da experiência dos trabalhadores de enfermagem da UTIN.

**Dúvidas?????**





**ANEXO 1 – DIAGNÓSTICO DA CLIENTELA DA UNIDADE  
NEONATAL DO IFF**

**IFF - Diagnósticos de internação registrados para pacientes admitidos no Departamento de Neonatologia de janeiro a dezembro de 2012**

**Fonte: Serviço de Arquivo do IFF**

<b>Descrição do Diagnóstico de Internação</b>	<b>Nº</b>	<b>Total RN</b>	<b>%</b>
P39.8 Outras infecções específicas próprias do período perinatal	67	293	22,87
P07.3 Outros Recém Nascidos pré termo	49	293	16,72
P22.0 Síndrome da angústia respiratória do Recém Nascido	47	293	16,04
P59.9 Icterícia neonatal não especificada	41	293	13,99
P55.0 Isoimunização Rh do feto e do Recém Nascido	28	293	9,56
P05.1 Pequeno para a idade gestacional	26	293	8,87
Q79.0 Hérnia diafragmática congênita	22	293	7,51
Q25.0 Permeabilidade do canal arterial	19	293	6,48
P39.9 Infecção própria do período perinatal não especificada	17	293	5,80
P59.0 Icterícia neonatal associada ao parto prematuro	17	293	5,80
P70.4 Outras hipoglicemias neonatais	17	293	5,80
Q07.0 Síndrome de Arnold-Chiari	17	293	5,80
P22.1 Taquipnéia transitória do Recém Nascido	16	293	5,46
Q79.3 Gastrosquise	16	293	5,46
P28.4 Outras apnéias do Recém Nascido	15	293	5,12
Q21.1 Comunicação interatrial	12	293	4,10
P25.1 Pneumotórax originado no período perinatal	11	293	3,75
P52.0 Hemorragia intraventricular (não traumática) grau 1 feto Recém Nascido	10	293	3,41
P29.0 Insuficiência cardíaca neonatal	9	293	3,07
P21.0 Asfixia grave ao nascer	8	293	2,73
P24.0 Aspiração neonatal de mecônio	8	293	2,73
P36.3 Septicemia Recém Nascidos devido a outros Stafilococcus e aos não especificados	8	293	2,73
P78.9 Transtornos perinatal não especificado do aparelho digestivo	8	293	2,73
Q90.9 Síndrome de Down não especificado	8	293	2,73
P22.8 Outros desconfortos respiratórios do Recém Nascido	7	293	2,39

P28.5 Insuficiência respiratória do Recém Nascido	7	293	2,39
P83.2 Hidropsia fetal não-devida a doença hemolítica	7	293	2,39
P92.1 Regurgitação e ruminação no Recém Nascido	7	293	2,39
Q03.9 Hidrocefalia congênitas não especificado	7	293	2,39
Z20.8 Contato exposição outras doenças transmissíveis	7	293	2,39
P39.4 Infecção neonatal da pele	6	293	2,05
P61.1 Policitemia neonatal	6	293	2,05
Q21.0 Comunicação interventricular	6	293	2,05
Q79.2 Exonfalia	6	293	2,05
P27.1 Displasia broncopulmonar originada período perinatal	5	293	1,71
P52.1 Hemorragia intraventricular (não traumática) grau 2 do feto e do Recém Nascido	5	293	1,71
Q33.6 Hipoplasia e displasia do pulmão	5	293	1,71
Q66.8 Outras deformações congênitas	5	293	1,71
P07.2 Imaturidade extrema	4	293	1,37
P08.1 Outros Recém Nascidos grandes para a idade gestacional	4	293	1,37
P25.2 Pneumomediastino originado período perinatal	4	293	1,37
P36.2 Septicemia do Recém Nascido devido <i>Staphylococcus aureus</i>	4	293	1,37
P36.8 Outras septicemias bacteremia do Recém Nascido	4	293	1,37
P55.1 Isoimunização ABO do feto e do Recém Nascido	4	293	1,37
Q21.2 Comunicação atrioventricular	4	293	1,37
Z20.6 Contato com e exposição ao HIV	4	293	1,37
G04.9 Encefalite mielite e encefalomielite não especificada	3	293	1,02
P13.4 Fratura da clavícula devido traumatismo de parto	3	293	1,02
P39.3 Infecção neonatal do trato urinário	3	293	1,02
P52.2 Hemorragia intraventricular (não traumática) grau 3 do feto e do Recém Nascido	3	293	1,02
P52.8 Outras hemorragias intracranianas (não traumáticas) do feto e do Recém Nascido	3	293	1,02
P61.2 Anemia da prematuridade	3	293	1,02
P92.8 Outros problemas de alimentação do Recém Nascido	3	293	1,02
Q00.0 Anencefalia	3	293	1,02
Q04.0 Malformações congênitas do corpo caloso	3	293	1,02
Q27.0 Ausência congênita e hipoplasia da artéria umbilical	3	293	1,02
Q62.0 Hidronefrose congênita	3	293	1,02
Q87.0 <u>Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente o aspecto da face</u>	3	293	1,02
A50.0 Sífilis congênita precoce sintomática	2	293	0,68
D18.1 Linfangioma de qualquer localização	2	293	0,68
H35.1 Retinopatia da prematuridade	2	293	0,68
P23.9 Pneumonia congênita não especificada	2	293	0,68
P59.8 Icterícia neonatal devido a outras causas específicas	2	293	0,68

P74.1 Desidratação do Recém Nascido	2	293	0,68
P92.0 Vômitos no Recém Nascido	2	293	0,68
P96.0 Insuficiência renal congênita	2	293	0,68
Q03.8 Outra hidrocefalia congênita	2	293	0,68
Q21.3 Tetralogia de Fallot	2	293	0,68
Q23.4 Síndrome do coração esquerdo hipoplásico	2	293	0,68
Q25.1 Coartação da aorta	2	293	0,68
Q31.4 Estridor congênita da laringe	2	293	0,68
Q31.8 Outras malformações congênitas da laringe	2	293	0,68
Q43.0 Divertículo de Meckel	2	293	0,68
Q65.6 Quadril instável	2	293	0,68
Q77.8 Outras osteocondrodisplasias com anomalias do crescimentos dos ossos longos e da coluna vertebral	2	293	0,68
Q87.8 Outras síndromes com malformações congênitas e especificada não classificadas em outra parte	2	293	0,68
Q89.7 Malformações congênitas múltiplas não classificadas em outra parte	2	293	0,68
A50.1 Sífilis congênita precoce forma latente	1	293	0,34
D64.9 Anemia não especificado	1	293	0,34
E23.2 Diabetes insípido	1	293	0,34
H33.5 Outros descolamentos da retina	1	293	0,34
I33.0 Endocardite infecção aguda e subaguda	1	293	0,34
I89.8 Outros transtornos infecciosos não especificados dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos	1	293	0,34
K59.8 Outros transtornos funcionais especificados do intestino	1	293	0,34
N17.8 Outro tipo de insuficiência renal aguda	1	293	0,34
P07.1 Outros Recém Nascidos de peso baixo	1	293	0,34
P21.1 Asfixia leve ou moderada ao nascer	1	293	0,34
P35.1 Infecção congênita por citomegalovírus	1	293	0,34
P35.2 Infecção congênita por vírus do herpes	1	293	0,34
P36.1 Septicemia do Recém Nascido devido a outros estreptococcus e aos não especificados	1	293	0,34
P36.4 Septicemia do Recém Nascido devido Escherichia coli	1	293	0,34
P36.9 Septicemia bacteriana não especificada do recém nascido	1	293	0,34
P37.1 Toxoplasmose congênita	1	293	0,34
P38.0 Onfalite do Recém Nascido com ou sem hemorragia leve	1	293	0,34
P57.8 Outros kernicterus específico	1	293	0,34
P58.8 Icterícia neonatal devido a outras hemólises excessivas especificadas	1	293	0,34
P70.0 Síndrome do filho de mãe com diabetes gestacional	1	293	0,34
P70.3 Hipoglicemia neonatal iatrogênica	1	293	0,34

P77	Enterocolite necrotizante do feto e do Recém Nascido	1	293	0,34
P78.8	Outros transtornos perinatais específicos do aparelho digestivo	1	293	0,34
P80.8	Outras hipotermias do Recém Nascido	1	293	0,34
P91.2	Leucomalácia cerebral neonatal	1	293	0,34
P92.3	Subalimentação do Recém Nascido	1	293	0,34
Q01.2	Encefalocele occipital	1	293	0,34
Q05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia	1	293	0,34
Q18.9	Malformação congênita não especificada da face e do pescoço	1	293	0,34
Q20.6	Isomerismo dos apêndices atriais	1	293	0,34
Q22.0	Atresia da valva pulmonar	1	293	0,34
Q24.9	Malformação não especificada do coração	1	293	0,34
Q25.6	Estenose da artéria pulmonar	1	293	0,34
Q32.4	Outras malformações congênitas dos brônquios	1	293	0,34
Q33.0	Pulmão cístico congênito	1	293	0,34
Q35.9	Fenda palatina não especificada, unilateral	1	293	0,34
Q37.9	Fenda do palato com fenda labial unilateral não especificada	1	293	0,34
Q41.0	Ausência, atresia e estenose congênita duodeno	1	293	0,34
Q41.8	Ausência, atresia e estenose congênita de outras partes especificadas do intestino delgado	1	293	0,34
Q41.9	Ausência, atresia e estenose congênita do intestino delgado sem especificação de localização	1	293	0,34
Q43.1	Doença de Hirschsprung	1	293	0,34
Q53.2	Testículo não-descido bilateral	1	293	0,34
Q53.9	Testículo não-descido não especificada	1	293	0,34
Q54.9	Hipospádia não especificada	1	293	0,34
Q56.4	Sexo indeterminado não especificada	1	293	0,34
Q61.4	Displasia renal	1	293	0,34
Q61.9	Doença cística não especificada do rim	1	293	0,34
Q62.7	Refluxo vesico-uretero-renal congênito	1	293	0,34
Q64.2	Válvulas uretrais posteriores congênitas	1	293	0,34
Q64.4	Malformação do úraco	1	293	0,34
Q71.3	Ausência congênita da mão e de dedos	1	293	0,34
Q77.5	Displasia distrófica	1	293	0,34
Q78.9	Osteocondrodysplasia não especificada	1	293	0,34
Q79.4	Síndrome do abdome em ameixa seca	1	293	0,34
Q79.8	Outras malformações congênitas sistema osteomuscular	1	293	0,34
Q82.9	Malformação congênita não especificada da pele	1	293	0,34
Q89.9	Malformações congênita não especificada	1	293	0,34
Q91.2	Trissomia 18 translocação	1	293	0,34
Q91.3	Síndrome de Edwards não especificada	1	293	0,34

Q95.9 Rearranjos e marcadores equilibrados não especificada	1	293	0,34
Z20.2 Contato com e exposição a infecções de transmissão predominantemente sexual	1	293	0,34
Z38.0 Criança única nascida em hospital	1	293	0,34
Z38.3 Gêmeos nascidos em hospital	1	293	0,34

---

## ANEXO 2 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** O sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um estudo do ponto de vista da atividade

**Pesquisador:** KARLA DE ARAÚJO DO ESPÍRITO SANTO

**Versão:** 1

**Instituição:** PONTES

**CAAE:** 02224212.9.0000.5240

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio  
Arouca - ENSP/FIOCRUZ

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 17807

**Data da Relatoria:** 02/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

##### Resumo:

Este estudo busca compreender o sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da UTIN a partir da atividade na perspectiva da promoção da saúde, embasando-se nas contribuições oriundas da Psicodinâmica do Trabalho e da perspectiva ergológica. O percurso metodológico para desenvolver o diálogo entre essas disciplinas articula o dispositivo denominado Oficina de Fotos e a ferramenta denominada Encontros sobre o Trabalho que possibilitam a apreensão e a compreensão das relações de trabalho a partir da escuta de quem executa a atividade. Acredita-se que as informações obtidas reforcem a perspectiva de que o espaço público de discussão pode tornar o trabalhador capaz de se reapropriar da realidade do seu trabalho, permitindo a mobilização necessária para impulsionar mudanças voltadas para o trabalho menos penoso e mais saudável. A autora acredita que os resultados contribuam para o desenvolvimento de estratégias de investigação e intervenção que privilegiem os conhecimentos oriundos dos trabalhadores envolvidos na atividade. A hipótese é de que há situações que podem ser interpretadas como de diminuição na mobilização para o trabalho que vem ocasionado queda na qualidade da assistência prestada.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Compreender o sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem da UTIN a partir da atividade na perspectiva da promoção da saúde.

##### Objetivos Secundários:

1. Compreender a atividade dos trabalhadores da UTIN; 2. Identificar as principais dificuldades e desafios para a atividade de trabalho no cotidiano da UTIN; 3. Identificar as situações potencialmente geradoras de sofrimento e adoecimento e as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para lidarem com o sofrimento decorrente do trabalho; 4. Analisar as repercussões das estratégias desenvolvidas na dinâmica do prazer e sofrimento.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora do projeto, "quanto aos benefícios, esta pesquisa propiciará discussão acerca da relação entre o trabalho, a saúde e a satisfação dos profissionais de enfermagem, contribuindo para a construção do conhecimento no campo de Saúde do Trabalhador e principalmente visando a melhoria e a transformação positiva nos locais de trabalho.

Quanto aos riscos da participação dos profissionais de enfermagem neste estudo, observa-se que o contato com os problemas relacionados ao trabalho através das fotos e das conversas nos encontros, podem eventualmente produzir inquietações e desconfortos, porém nossas discussões estarão centradas nas exigências da atividade desenvolvida, e não em seus aspectos psicológicos, o que reduz este risco. Cabe ressaltar que os sujeitos têm o direito de abdicar da participação em qualquer momento, sem que a desistência implique em qualquer prejuízo no cotidiano do trabalho.

De acordo com a resolução 196/96, será garantido anonimato e o sigilo dos dados; as informações que possam acarretar problemas junto aos seus colegas ou instituição não serão utilizadas ou divulgadas por este estudo para evitar risco de constrangimentos e retaliações. Portanto, na tese ou em quaisquer outras publicações científicas, serão utilizados nomes fictícios.

As fotos e os áudios das discussões do grupo ficarão sob a guarda da própria pesquisadora por um período de cinco anos e posteriormente serão destruídos completamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

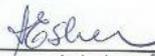
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Maio de 2012



Assinado por:

Angela Esher

Angela Esher  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP

## ***ANEXO 3 - PORTARIA Nº 4.159, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2010***

---

Legislações - GM

Sab, 25 de Dezembro de 2010 00:00

### **PORTARIA Nº 4.159, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2010**

Define o Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da FIOCRUZ, para atuar como órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Art. 1º Definir o Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da FIOCRUZ, para atuar como órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento, na coordenação e na avaliação das ações integradas para a saúde da mulher, da criança e do adolescente no Brasil.

Art. 2º Caberá ao Instituto:

I - assessorar o Ministério da Saúde no planejamento, organização, coordenação, supervisão e avaliação de planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente;

II - gerar e difundir conhecimento para a implantação de políticas e programas de saúde inerentes as suas atividades, baseados no cenário demográfico e epidemiológico e na melhor evidência científica disponível;

III - planejar, coordenar e realizar pesquisa clínica, básica, aplicada, biomédica e em ciências sociais em saúde sobre desenvolvimento, avaliação, incorporação e difusão de tecnologias e serviços no campo da saúde da mulher, da criança e do adolescente;

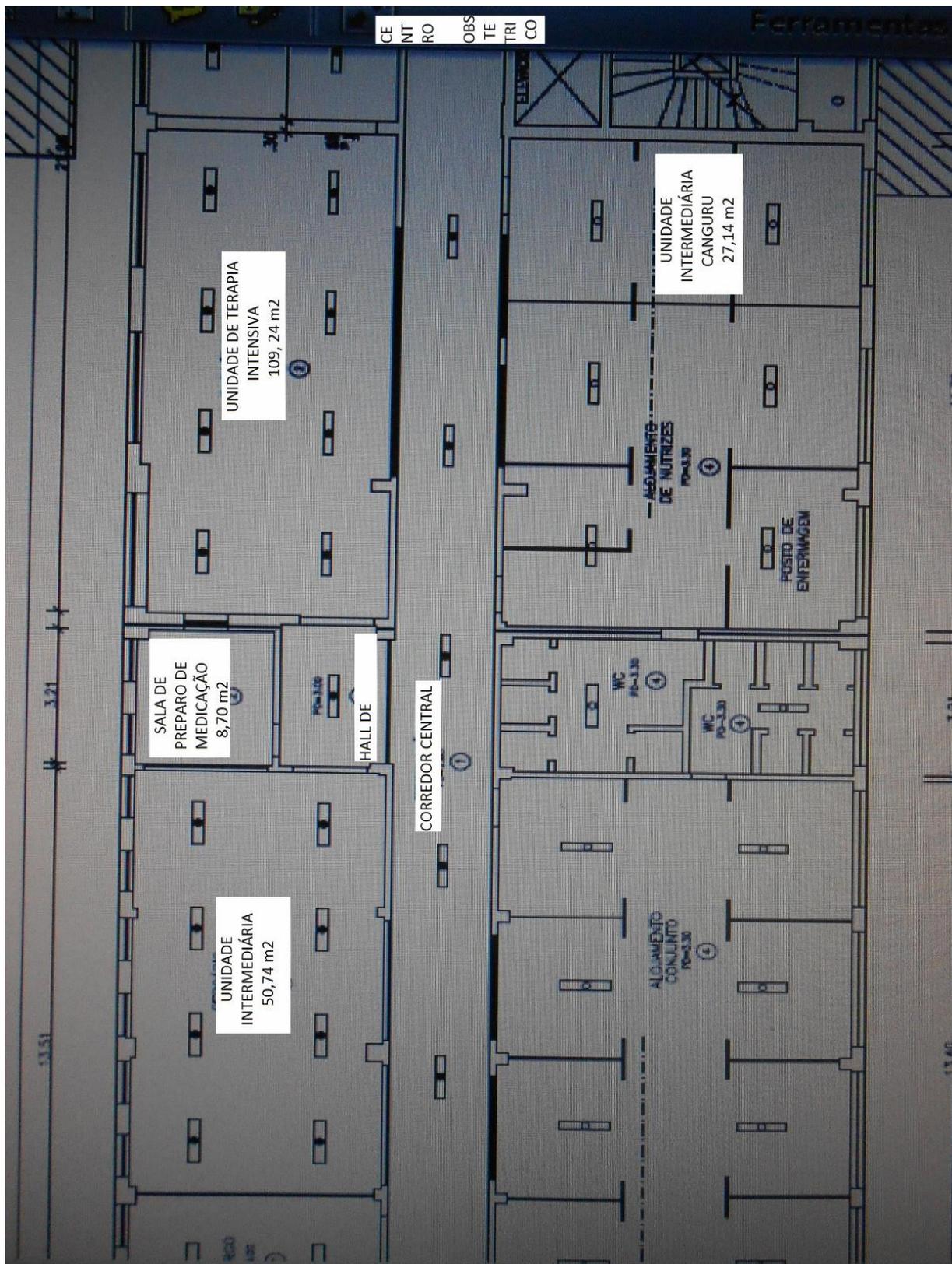
IV - formar profissionais para o Sistema Único de Saúde para qualificação da gestão e atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente; e

V - coordenar redes colaborativas nacionais e internacionais na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente e desenvolver atividades assistenciais de referência no âmbito do Sistema Único de Saúde de modo integrado ao Sistema Nacional de Inovação em Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

## ANEXO 4 – ÁREA FÍSICA DA UNIDADE NEONATAL



## ***ANEXO 5 – ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM***

---

### **ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA PLANTONISTA**

- Receber o plantão leito a leito, verificando folhas de prescrição e de enfermagem junto com a equipe.
- Preservar a integridade física e emocional do paciente e família promovendo a humanização.
- Confeccionar a escala de alimentação (almoço, lanche e jantar), respeitando o número profissional do plantão, gravidade dos RN e cuidados mais complexos e cobrar seu cumprimento.
- Confeccionar a escala de serviço, respeitando o número de leitos x número de funcionários, gravidade do RN e cuidados mais complexos.
- Conferir medicações que chegam da farmácia.
- Conferir os psicotrópicos, o laringoscópio e as lâminas.
- Prescrever cuidados de enfermagem.
- Promover cuidados de admissão e registrar a admissão e todos os perímetros no prontuário.
- Colocar o nome do RN e o sobrenome completo da mãe na folha de enfermagem.
- Aspirar TOT junto com a fisioterapeuta e/ou técnico de enfermagem e registrar em folha de enfermagem.
- Participar do *round* diário contribuindo para que a melhor conduta seja traçada.
- Supervisionar e orientar os técnicos de enfermagem, residentes e estagiários quanto à assistência prestada em todos os RN, reforçar quanto aos cuidados a serem desenvolvidos e a melhor forma de realizá-los.
- Fechar a cada 6 horas o balanço hídrico checando a administração de oxigênio.
- Trocar os curativos.
- Realizar os cuidados específicos aos RN mais graves e evoluí-los no prontuário.
- Inserir cateter central de inserção periférica e manusear acessos venosos profundos.
- Supervisionar a mensuração semanal do PC e Estatura dos recém-nascidos e registrar no gráfico.
- Preparar HV, envasar e instalar nutrição parenteral e hemocomponentes.
- Administrar sangue e hemocomponentes.
- Auxiliar em exames radiológicos.
- Supervisionar e direcionar o trabalho da Auxiliar de Serviços Hospitalares, priorizando as atividades emergências.

- Supervisionar a limpeza, funcionamento e guarda dos equipamentos.
- Conferir o prazo de validade das soluções antissépticas e solicitar troca quando indicado.
- Implementar e seguir normas e rotinas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- Participar da reunião dos pais junto com a equipe multiprofissional.
- Participar de reuniões com a chefia imediata para discussão de ocorrências administrativas ou clínicas e definições de protocolos de assistência.
- Executar as políticas institucionais de controle de infecção hospitalar, humanização da assistência, estímulo ao aleitamento materno, entre outros.

### **ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

- Participar da passagem de plantão e se possível do *round*, mantendo-se sempre ciente dos cuidados que cada paciente necessita para poder prestar uma assistência adequada.
- Preservar a integridade física e emocional do paciente e sua família.
- Auxiliar a enfermeira durante os cuidados de emergência e nos cuidados aos RN graves.
- Prestar cuidados de enfermagem de baixa e média complexidade.
- Colocar o nome do RN e o sobrenome completo da mãe na folha de enfermagem.
- Administrar de dietas.
- Puncionar veias para instalação de hidratação venosa e administração de medicações.
- Realizar aspiração de secreções das vias aéreas superiores.
- Fechar a cada 6 horas o balanço hídrico checando a administração de oxigênio.
- Auxiliar em exames radiológicos realizados dentro da unidade.
- Fazer a desinfecção concorrente nas incubadoras e berços diariamente.
- Seguir normas e rotinas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- Participar de reuniões com a chefia imediata para discussão de ocorrências administrativas ou clínicas.
- Seguir as políticas institucionais de controle de infecção hospitalar, humanização da assistência, estímulo ao aleitamento materno, entre outros.