

Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde

Humanized attention in neonatal intensive-care unit: senses and limitations identified by health professionals

Kátia Maria Oliveira de Souza¹
Suely Deslandes Ferreira¹

Abstract *The present study aims at analyzing from the point of view of health professionals, the proposal of humanized care and at detecting the senses and limits, identified by those professionals to the provision of such care. It was an exploratory and qualitative study where a group of twelve professionals from a multiprofessional team in a neonatal Intensive-Care Unit were interviewed. The survey showed that there are significant obstacles to the provision of humanized care, such as lack of material and human resources, which increase the workload, relationship conflicts and absence of infrastructure both to professionals and to the performance of humanization initiatives, as for instance, Breastfeeding Mother Accommodations. The study showed that despite difficulties, professionals come up with strategies to accomplish what is laid down in the National Humanization Policy by the Ministry of Health.*

Key words *Care humanization, Health care team, Neonatal ICU, Pleasure and suffering*

Resumo *O presente estudo objetivou analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, a proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados por eles para a oferta desta forma de assistência. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo. Foi entrevistado um grupo de doze trabalhadores que fazem parte da equipe multiprofissional de uma UTI neonatal. A pesquisa demonstrou que existem importantes pontos de impedimentos para a oferta da assistência humanizada, como a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho, conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização, como o alojamento de nutrizes. Este estudo revelou que, embora existam obstáculos, os profissionais criam estratégias para atender ao que foi preconizado na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.*

Palavras-chave *Humanização da assistência, Equipe de cuidados de saúde, UTI neonatal, Prazer e sofrimento*

¹ Serviço de Psicologia Médica, Instituto Fenandes Figueiras, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro, RJ. katia@iff.fiocruz.br

Introdução

Nos últimos dez anos, as iniciativas de humanização da assistência têm trazido ao debate a importância de se articular a qualidade técnica da atenção dispensada e as tecnologias de acolhimento e suporte aos pacientes¹. Estas iniciativas têm se apresentado em diversos campos de atenção, mas foram inicialmente implantadas no cuidado ao parto e ao recém-nascido. O método Mãe Canguru, originariamente proposto pelo Dr. Edgar Rey Sanabria no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia, em 1978 e adaptado para a realidade brasileira em 2000², é um exemplo da implantação do modelo de cuidado humanizado no campo neonatal. Este método promove atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e gera um conjunto de ações na assistência que envolve o paciente, sua família e os profissionais de saúde.

Mais recentemente, o modelo assistencial humanizado passou a ocupar maior dimensão no Sistema Único de Saúde. A partir de 2004, o Ministério da Saúde dissemina em todo Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH)³.

A PNH possui um eixo de atuação na gestão do trabalho e apresenta algumas estratégias que propõem a valorização e o crescimento profissional, a participação dos trabalhadores nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos seus trabalhadores nas unidades de saúde.

Estas orientações, que visam favorecer os caminhos para que a proposta da política seja alcançada, contrasta em alguns casos com a pouca participação dos profissionais nas decisões, a falta de reposição de materiais danificados, a escassez de mão de obra qualificada e o pouco investimento à educação continuada dos profissionais, conforme relatam Leite *et al.*⁴. Em outro estudo desenvolvido por Lamego *et al.*⁵ em uma UTI neonatal cirúrgica, também foi percebido alguns impasses à construção da assistência humanizada, uma vez que o cotidiano mostrou-se permeado por conflitos, negociações e adaptações na rotina. Estas dificuldades são indicativos que apontam para os investimentos dos gestores, as condições de trabalho adequadas e a existência de uma política clara de investimento da qualificação e valorização do profissional como requisito básico da implementação de uma política cuja proposta é tornar a assistência mais humanizada no Brasil.

Frente ao pioneirismo das iniciativas de humanização, o campo da assistência neonatal con-

figura um espaço de aprendizagem sobre as potencialidades, os limites da proposta de humanização e os ajustes realizados na prática da assistência para a adoção de tal ideário. A proposta deste artigo é analisar os sentidos e os limites vivenciados pelos profissionais de uma UTI neonatal em face de seu processo de trabalho para a produção de cuidados humanizados.

No presente artigo, serão explorados, especialmente, os limites encontrados para a produção deste tipo de cuidado.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em um hospital materno-infantil da cidade do Rio de Janeiro. Este hospital presta atenção terciária e possui a missão de ensino e pesquisa. Apresenta-se como um campo de elaboração de novas tecnologias e também ministra ensino técnico e de pós-graduação. O hospital conta com uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal) ligada diretamente ao Departamento de Neonatologia. Consideramos que, pelo fato deste hospital ser referência na atenção a bebês de alto-risco e possuir o título de Hospital Amigo da Criança, destaca-se como um campo adequado para estudos relativos à prática da assistência humanizada.

A assistência é prestada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pessoal administrativo que são lotados na unidade, além de profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, os quais são responsáveis por responder pela demanda referida do local.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória. Por ser um tema sobre o qual buscamos explorar a dimensão intersubjetiva, a abordagem qualitativa foi o modelo que melhor entende os sentidos conferidos pelos sujeitos, as suas experiências e o mundo em que vivem⁶. Como é amplamente conhecida, a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para a construção dos dados, tomamos os recursos técnicos de observação participante e da entrevista semi-estruturada. Um dos pressupostos da observação participante é o de que a convivência do investigador com o grupo estudado cria condições privilegiadas para que se tenha acesso aos níveis profundos da cotidianida-

de. Admite-se que a experiência direta do observador com o dia-a-dia do outro é capaz de revelar na sua significação mais profunda, ações, atitudes, comportamentos que, de um ponto de vista exterior, poderiam permanecer obscurecidas⁷. As observações foram realizadas durante dois meses, o que incluiu situações tais como carnaval, plantão noturno e finais de semana. Todo registro compôs um diário de campo em que se pretendeu explorar o processo de trabalho na UTI neonatal, expressões de desgaste e gratificação no trabalho e ações definidas como de humanização na assistência.

As entrevistas foram gravadas e orientadas por um roteiro que abordou as seguintes temáticas: os sentidos atribuídos para a assistência humanizada; a análise dos profissionais sobre o seu processo de trabalho na UTI; a visão do profissional sobre as condições geradas pela instituição para viabilizar a assistência humanizada; a análise dos profissionais sobre os principais obstáculos encontrados no processo de trabalho para um atendimento humanizado; o relato no qual, embora houvesse o desejo, não foi possível prestar assistência humanizada e relato de situações nas quais, sob o ponto de vista do trabalhador, foi prestada assistência humanizada. Este roteiro possuiu o caráter de um guia para o desenvolvimento do diálogo entre o investigador e o entrevistado.

Foram convidados para participar das entrevistas os profissionais de diferentes áreas assistenciais que atuam diretamente com os pacientes internados na unidade de terapia intensiva neonatal, compondo pelo critério de saturação um acervo de doze entrevistas, distribuídas entre um assistente social, uma enfermeira, um fisioterapeuta, dois fonoaudiólogos, três médicos, um psiquiatra e três técnicos de enfermagem.

Os dados colhidos nas entrevistas e observações participantes foram organizados e analisados através da análise de conteúdo, que constitui conjunto de técnicas interpretativas das comunicações e utiliza procedimentos sistemáticos de descrição e inferências interpretativas do conteúdo das mensagens. Cabe ao pesquisador uma dupla função: a primeira é compreender o sentido manifesto da comunicação e a segunda é estar atento às outras significações contidas nas entrelinhas das informações colhidas.

Recorremos à análise temática, na qual os exercícios de redução e categorização dos textos foram trabalhados a partir das seguintes etapas: leitura flutuante e exaustiva; recortes temáticos; identificação dos núcleos de sentidos; descrição

dos sentidos atribuídos e realização de inferências a partir da interpretação e do confronto com a literatura⁸.

Resultados e discussão

Humanização e os sentidos atribuídos pelos profissionais

Ao analisar os sentidos atribuídos à humanização, confirmamos a polissemia do termo que se confere nas diferentes interpretações apresentadas pelos trabalhadores no campo da produção de saúde.

Deslandes⁹ aponta que, desde a década de setenta, a humanização já era debatida como um tema relevante nos Estados Unidos. No Brasil, a partir da década de noventa, conforme Vaitzman e Andrade¹⁰, o termo passou a fazer parte do vocabulário da saúde. Inicialmente, como um conjunto que apontava o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, vindo mais tarde a transformar-se em propostas que visam modificar as práticas assistenciais.

No nosso campo de pesquisa, os profissionais de saúde atribuíram diferentes sentidos para o que definiram como assistência humanizada. Seleccionamos três dos sentidos mais enfatizados pelos profissionais:

1) Cuidado integral: a humanização foi vista por boa parte dos entrevistados como uma forma de assistência, cujo cuidado está relacionado a um tipo de atendimento que envolve um processo assistencial resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde: **Assistência humanizada é toda aquela assistência voltada para o paciente como um todo** (E7).

Cecílio e Merhy¹¹, ao refletirem sobre a integralidade do cuidado no hospital, constataram que o paciente é visto como um somatório de diversos e parciais cuidados, revelando uma trama de atos que configuram o fluxo, os saberes, a rotina e o processo de trabalho dentro do hospital.

2) Cuidado ampliado: outra perspectiva acerca do sentido de assistência humanizada narrado pelos entrevistados é o que chamamos aqui de modelo de “cuidado ampliado”. O sentido está relacionado à preocupação que a equipe tem de integrar, de forma participativa, os familiares que acompanham os pacientes durante a internação. Provavelmente, é uma forma de minimizar o impacto da estranheza causado pelo ambiente hospitalar, o qual é mediado por muitos recur-

tos tecnológicos, cujas funções pouco se entendem e onde a comunicação se dá através de uma linguagem constituída de termos especificamente profissionais: ***O humanizado é olhar para o outro lado. Não é só a clínica, não é só a doença. Mas o bem-estar deste indivíduo, até para que melhore as condições clínicas dele. Quer dizer, ver este outro lado. E aqui, na UTI neonatal, isto [o cuidado] se estende às mães, que não é o doente em si, mas está ali junto*** (E10).

Braga e Morsch¹² acenam para o mesmo sentido quando reconhecem a importância da integração entre a equipe e a família e apontam que o aprendizado dos familiares na ocasião da interação servirá como base para a continuidade do cuidado quando o bebê estiver em casa.

3) Promoção de conforto: o terceiro sentido que destacamos é o identificado pelos profissionais como norteador de assistência humanizada e inclui a questão da promoção de conforto. O ambiente da UTI neonatal é de intensa movimentação, principalmente no horário da manhã, quando há troca de plantão e são realizados os cuidados de rotina. Em função disto, os bebês são manipulados para a higiene, para a verificação dos sinais vitais e os procedimentos programados pela equipe médica. Também circula um número significativo de profissionais que participam de visitas, ***round*** e outras atividades dentro da unidade.

Moreira e Bonfim¹³ concordam que o ambiente físico de uma unidade de tratamento intensiva neonatal é estressante, não somente para os bebês, mas também para suas famílias: “Os equipamentos, os sons dos alarmes, as luzes piscando costumam gerar muita ansiedade na família e até mesmo nos profissionais que ali trabalham”.

As autoras recomendam que algumas modificações devam ser feitas na ambiência, tais como diminuir o nível de ruído e som, reduzir a quantidade de luz, dar maior atenção ao posicionamento do bebê, utilizar tratamentos menos estressantes, reduzir o número de vezes em que o bebê é manipulado, usando a perspectiva dos toques mínimos, preservar a temperatura em um ambiente termo-neutro, evitando aberturas prolongadas de incubadoras e exposições repetidas do bebê ao frio.

Na UTI neonatal do nosso campo de pesquisa, as luzes artificiais permaneceram acesas durante todo o tempo. Foi percebido que não há possibilidade de redução da luminosidade em determinadas fases do dia. Apenas o recurso da colocação de um lençol sobre a incubadora, conhecido como “tetinho”, era utilizado. Apesar das

preocupações apresentadas pela equipe em seguir tais recomendações, a prática se revela distante deste ideal teórico: ***Já presenciei algumas vezes, principalmente na UTI, a situação do barulho. Momentos em que houve uma preocupação em relação a isto. Ter mais silêncio, ter um ambiente com luz baixa, um ambiente mais calmo, mais tranquilo. Favorecendo um melhor repouso dos recém-nascidos. Mas isto é difícil observar na UTI, principalmente na UTI de alto risco*** (E12).

Diante dos três sentidos atribuídos para a assistência humanizada, é possível pensar que estes profissionais estão mais influenciados pela experiência viva do trabalho do que pelas diretrizes e metas prescritas na PNH. Percebe-se também uma associação importante à categoria da integralidade da atenção. Foram descritas as ações relacionadas à assistência humanizada que certamente representam as prioridades para este grupo de trabalhadores. No processo de trabalho hospitalar, as prescrições são orientações transmitidas em períodos de formação. Porém, nas ações decorrentes do atendimento a cada paciente, surgem diferentes componentes rotineiros, reforçando a necessidade de improvisação frente aos impasses que se apresentam¹⁴.

Seja atendendo as prescrições ou elaborando novas alternativas operacionais, as ações cotidianas no processo de trabalho em saúde são fontes de prazer e desgaste para os profissionais. Esta dinâmica tem sido vista pelos estudiosos como relevante ao potencial de produção de cuidados humanizados.

O trabalho na UTI neonatal - Uma dinâmica de prazer e de desgaste

Para Glina e Rocha¹⁵, o prazer e o desgaste podem coabitar de maneira paradoxal na mesma atividade laboral.

O prazer geralmente brota 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 profissionais usam de criatividade e inteligência, justamente os elementos básicos que, para Dejours¹⁶, proporcionam o prazer no trabalho executado.

A principal fonte de prazer do trabalho hospitalar, sob o ponto de vista dos profissionais entrevistados, é a alta hospitalar do paciente, por retratar de forma mais completa o investimento da produção de cuidados em saúde. A alta está relacionada à expressão do trabalho bem-sucedido, no qual o objetivo de manter o bebê vivo

foi alcançado. Quando o paciente sai da hospitalização sem sequelas físicas, deficiências ou perdas funcionais ocasionadas pela patologia ou pelo próprio tratamento, é grande o grau de satisfação dos profissionais. A alta é a materialização do resultado de um trabalho que exigiu intenso esforço da equipe.

Entretanto, apesar dos esforços da equipe e dos recursos tecnológicos, muitos dos bebês não resistem. Se, por um lado, a alta hospitalar é fonte de prazer e gratificação pelo trabalho, por outro, testemunhar óbitos representa uma fonte de desgaste.

O óbito pode gerar a sensação do trabalho inacabado ou malsucedido. Um trabalho interrompido pela morte, que por sua vez afeta o *ethos* e a missão deste grupo profissional – salvar vidas. Considerado um “produto” negativo dentro do processo de trabalho, os óbitos são fontes de sofrimento e desgaste tanto para as famílias, como para os profissionais.

Em relação ao desgaste, Souza¹⁸ descreve que este se caracteriza como uma perda da capacidade biológica ou psíquica. Para o trabalhador, muitas vezes ele se apresenta de forma inespecífica por apresentar pouca clareza de expressão e difícil mensuração. No mundo do trabalho, o desgaste se coloca como um processo da coletividade que conforme a intensidade e a cronicidade pode transformar em sofrimento¹⁷. Os elementos relativos à organização do trabalho, como divisão do trabalho, situações adversas das condições e relações de trabalho, carência de recursos humanos ou materiais, escassez de espaço físico, impotência do profissional, podem se constituir como fontes laborais de tensão e provocar sofrimento, que segundo Dejours também pode estar lado a lado com o prazer¹⁸⁻²².

Clot²³ aponta que o desgaste e o sofrimento podem ser gerados não somente pela atividade que o trabalhador executa, mas também na atividade que ele tem como impedida, ou seja, aquela atividade não realizada. Trata-se do que não se pode fazer, o que se desejaria ou que pensa ou sonha fazer.

Em relação aos desgastes, os profissionais frequentemente criam alguns atalhos e elaboram mecanismos que transgridem a prescrição das tarefas definidas pela rotina com a finalidade de compensar as dificuldades e atender com qualidade o usuário, além de ajustar tais prescrições às próprias concepções de trabalho, como ilustra este relato: ***Chupeta não pode. Mas, tem aquela criança crônica, o quadro dela não se altera e não se toma nenhuma condução em relação àquela cri-***

ança. E a criança chora, chora, e a mãe não está aqui. Você vai fazer o que? Você não tem tempo de ficar com a criança no colo. Às vezes se improvisa uma chupeta. Na prática é diferente, é muito diferente, uma coisa é a teoria, outra é a prática (E7).

Para Machado e Correa¹⁴, a organização do trabalho da produção de saúde pode produzir no trabalhador o sentimento de impotência profissional. A impotência pode resultar das situações conflituosas que emergem das formas objetivas impostas pelas prescrições e das exigências subjetivas dos aspectos afetivos e relacionais presentes no cotidiano.

Por isso, entendemos que algumas das situações de impasses dentro do processo de trabalho podem apontar para uma necessidade de mudanças na organização da rotina, nas quais se conte com a efetiva participação dos trabalhadores em algumas instâncias do gerenciamento institucional para padronizar as ações ou legitimar as rotinas construídas ao longo dos anos. Para tanto, conforme apontam Lacaz e Sato²¹, tal ação implica em identificar os problemas de cada situação juntamente com os sujeitos envolvidos no processo, não cabendo tão somente ao gestor a tarefa de pensar e replanejar. São medidas que minimizam conflitos, uma vez que visam diminuir a distância entre o planejamento da gestão e a atividade profissional.

No que tange à participação dos profissionais, a literatura aponta que a disponibilidade de espaços públicos de discussão e administração de conflitos pode representar um fórum estratégico para a politização dos problemas e a construção de intervenções. Neste formato, os conflitos e ruídos passam a fazer parte da agenda da gestão. Cecilio²⁴ afirma que os conflitos deveriam ocupar de maneira formal a agenda de gestão. Para o autor, os conflitos escapam e invadem a agenda de quem faz a gestão, podendo afetar qualquer tipo de assistência, inclusive a que denominamos como humanizada.

A integração entre os profissionais da UTI neonatal e as demais equipes do hospital é limitada posto que no ambiente fechado a entrada das pessoas é restrita. Devido à sobrecarga de trabalho e superlotação da unidade, muitos profissionais sequer se afastam do local para pausa ou almoço.

Outro fator desgastante está no tempo de atuação do profissional. Considera-se que, além do desgaste emocional, existe um “desgaste físico” importante. Apesar dos anos “trazerem” a experiência da prática, “levam” a vitalidade do corpo, conforme demonstra a seguinte narrativa: ***Eu entrei***

aqui com vinte anos, então eu era bem novinha. Assim, dos vinte aos trinta, eu tive uma produção. Dos trinta (eu estou com quase quarenta), eu já tive uma outra. Dos quarenta aos cinquenta anos, será diferente. Começam a aparecer os problemas, as doenças por desgastes físicos e emocionais. Você começa a cansar; tem doenças que atrapalham o seu desenvolvimento, o seu rendimento (E6).

Esta narrativa aponta para uma das frequentes queixas dos profissionais. Muitos que atuam nos berçários possuem o desejo de mudar de setor; no entanto, existem obstáculos para que a autorização seja concedida. Uma justificativa é o fato da equipe não contar com um número ideal de trabalhadores. Logo, a dispensa de um funcionário na equipe significa aumento de carga de trabalho para os que ficam.

A imprevisibilidade de promoções no setor público gera nos profissionais, que optam por estudar, um nível alto de frustração. Apesar da estratégia número dois da Política Nacional de Humanização referente ao eixo da gestão do trabalho incentivar a valorização e o crescimento profissional do trabalhador, na prática existem limitações.

Tais questões desestimulam a atuação do profissional, conforme mostra Dejours ao apontar que uma divergência entre a adequação das competências do trabalhador e sua prática pode resultar em falta de motivação e insatisfação no trabalho, podendo produzir no trabalhador sofrimentos físicos e mentais. Definido como sinônimo de mal-estar e de sentimento de vida contrariada, conforme assinala Palácios²⁵.

As dificuldades de relacionamento também foram citadas como desgastantes. Os profissionais revelam que nem sempre o trato dispensado aos usuários é o mesmo entre os colegas de trabalho. Ainda que justificado pela tensão presente no ambiente, situações de hostilidade são consideradas um desgaste que pode interferir diretamente no cuidado dispensado aos pacientes.

Os profissionais que atuam em UTI convivem com diversos fatores desencadeadores de desgastes, tais como a dificuldade da aceitação da morte, a escassez de recursos materiais e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos²⁶. Estes são alguns dos dilemas éticos e profissionais que geram tensão entre os profissionais e acabam por influenciar, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Algumas vezes, mal-entendidos advêm de choques de autoridades ou pouca visibilidade da

definição de papéis dentro da equipe. É comum o corpo de enfermagem entrar em conflito com os residentes. Pelos relatos e nas observações, percebemos que é necessário um tempo para que a relação seja afinada. Por conta da alta rotatividade de residentes na UTI, é frequente haver choques de autoridades entre estes e técnicos de enfermagem.

Em relação aos recursos humanos, a UTI neonatal funciona com um déficit de profissionais, sobretudo na enfermagem, o que interfere de forma direta na qualidade da produção de cuidados, provocando uma sobrecarga de trabalho.

Quanto ao processo de trabalho da enfermagem, discutimos a relação entre o número de pacientes e o de profissionais. A enfermagem aponta que, na prática, cada profissional fica frequentemente responsável por cuidar de três crianças em cada plantão. Pontes²⁷ relata que a relação profissional por recém-nascido clinicamente estável é de um profissional para dois recém-nascidos. A equipe da UTI neonatal também entende essa proporção como ideal. No entanto, a realidade mostrada se revela diferente: ***Hoje eu lembro, tem sete profissionais e 28 crianças, é a prova do que eu estou falando. E isso é o nosso dia-a-dia. E isto não é um momento isolado, esporádico que aconteça por acaso. Isto acontece normalmente, rotineiramente. O que a gente acaba fazendo é cuidar das prioridades*** (E5).

Uma das variáveis importantes neste cenário é o fato da capacidade de admissão de pacientes encontrar-se além da oferta oficial, o que caracteriza superlotação. Esta situação também foi lembrada como um impeditivo para a assistência humanizada.

Na UTI neonatal estudada, a enfermagem limita-se à utilização do tempo para o cuidado dos pacientes e isto acaba por interferir no tempo para outras ações do cuidado ampliado, como o tempo para as conversas com a família. Lembramos que este é um momento quando as informações são fornecidas e oportuno para a promoção da integração da equipe da unidade com a família.

Outro ponto importante em relação à produção de desgaste foi a questão da limitação de espaço físico. Não foi raro ouvir depoimentos nos quais os trabalhadores questionaram a capacidade de assistir aos pacientes segundo os preceitos da humanização, se sua atuação profissional não é realizada em um ambiente de trabalho, considerado por eles, humanizado, embora o HumanizaSUS refira-se à ambiência hospitalar como o tratamento dado ao espaço físico

entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutive, seguindo um dos eixos que adverte que o espaço deve possibilitar a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho²⁸.

No âmbito geral, cada atividade de trabalho sugere a utilização de um espaço físico específico. Em relação ao ambiente de cuidados humanizado, a atmosfera de integração, segurança e confiabilidade deve ser compartilhada e de forma coletiva, tanto para pacientes como para os profissionais de saúde.

A limitação de espaços pode configurar como entrave para o profissional, sobretudo quando se trata do assunto humanização, contando o espaço físico para acomodação dos trabalhadores, que podem permanecer por um período de até 24 horas no ambiente de trabalho.

Espaço físico é razão de muitos problemas dentro da instituição pesquisada. Podemos dizer que o hospital, além de estar no *ranking* do metro quadrado mais caro do Rio de Janeiro, já possui toda a área edificada.

A construção de novas subespecialidades e novas práticas acabam por demandar espaços concretos de funcionamento, dentro da instituição. Na UTI neonatal, não é diferente.

O espaço físico utilizado pelos profissionais é crítico. Os trabalhadores dividem o mesmo local de descanso com a copa. A copa é utilizada para refeições rápidas e para o café, possui uma bancada onde fica uma cafeteira e no mesmo espaço existe um beliche para o descanso da enfermagem.

A questão do espaço físico é fonte de muito desconforto para os profissionais. Utilizam o banheiro localizado em frente à recepção do andar, onde trabalham os profissionais da segurança. Sentem-se constrangidos e expostos.

Em trabalho desenvolvido por Leite *et al.*⁴ sobre a implementação da política de humanização no hospital, foi também constatada a falta de espaços para promoção de lazer e repouso dos profissionais.

Em relação ao espaço físico, lembramos que a Cartilha de Ambiência hospitalar do Ministério da Saúde aponta que o espaço deve servir como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e atendimento humanizado, acolhedor e resolutive. No que diz respeito ao trabalhador de hospital, diz a Cartilha²⁸:

“[...] é importante que as áreas de apoio para o trabalhador - como estar e copa - estejam bem localizadas, sejam em número suficiente e para to-

dos os profissionais que atuam dentro do hospital - da recepcionista ao médico”.

Os entrevistados citaram de forma bastante enfática uma tarefa que produz muito desgaste: a implantação do alojamento de nutrízes. Trata-se de uma enfermaria próxima à UTI neonatal que acolhe as mães dos bebês que podem ser amamentados durante a hospitalização, com o objetivo de estimular o aleitamento materno e consequentemente estreitar o contato da dupla. A existência deste alojamento se deu em função do título Amigo da Criança. Foi considerada de alta relevância, na aquisição deste título, a promoção de um local de acomodação para que durante a internação as mães amamentassem seus filhos. Em caráter provisório, foi montado um alojamento de nutrízes. Apesar de representar inconfundivelmente uma excelente iniciativa na questão da humanização ao recém-nascido de baixo peso, pelo incentivo ao aleitamento materno e promoção do vínculo mãe-bebê, ainda carece de adequações.

Atualmente, este alojamento fica nas proximidades da UTI neonatal e conta com um quarto com cinco leitos. No entanto, não existe pia nem um banheiro dentro do quarto. A acomodação não conta com cadeiras confortáveis nem varal de roupas para as peças íntimas das mulheres que ali permanecem. A instalação improvisada, conforme relatam os profissionais, revela mais uma vez sérios problemas de infraestrutura.

Desgastes semelhantes são produzidos em função da proposta de implantação da posição canguru dentro desta UTI neonatal. Esta posição é uma medida técnica do cuidado neonatal que implica em colocar precocemente o bebê de baixo peso em contato pele a pele com a mãe, o que promove estabilidade térmica, substituindo a utilização prolongada da incubadora. Além deste benefício, o método contribui para a redução do tempo de internação, para a diminuição da taxa de infecção hospitalar e se apresenta como um incentivo ao aleitamento materno, promovendo um melhor desenvolvimento da criança.

Os profissionais entendem que, para a efetiva aplicação da posição canguru, algumas questões necessitam ser solucionadas, dado que nem sempre se dispõe das faixas para realizar este procedimento. Embora os profissionais recomendem que as mães vistam roupas que facilitem a posição canguru, isto não ocorre, dificultando a acomodação do bebê ao corpo da mãe. Além de uma acomodação confortável da mãe com seu bebê na posição canguru, proporcionado por um avental, faltam os encostos de cadei-

ra que teriam a função de tornar ainda mais confortável esta posição.

Os recursos materiais também foram citados como obstáculos e fonte de desgaste na produção da assistência humanizada. Os profissionais lidam com falta de equipamentos como cabos elétricos essenciais para o funcionamento de respiradores. Isto faz com que algumas vezes tenham que recorrer a outros serviços para empréstimos.

A compra, distribuição e manutenção de recursos materiais estão vinculadas à administração hospitalar que, segundo Paulus²⁹, deve suprir todas as áreas da organização a fim de garantir a produção de cuidados com qualidade, conformidade e continuidade para o paciente. Na aquisição do material, também é considerado o menor preço e a qualidade do produto. No processo de trabalho em saúde, é a administração que deve *cuidar*, para que a falta de material não se transforme em prejuízos para o paciente.

Tais prejuízos refletem no trabalho da fisioterapia ao apontar que a falta de lençóis impede o desenvolvimento de trabalhos específicos nos quais rolinhos servem para ajudar no posicionamento dos bebês durante os exercícios de fisioterápicos. A escassez de lençóis também afeta a utilização dos “tetinhos”, utilizados como *black out* nas incubadoras com a finalidade de reduzir a luminosidade do ambiente.

Considerações finais

Através dos resultados deste trabalho, foi possível evidenciar que a produção de cuidado humanizado no âmbito da UTI neonatal ainda é um desafio, sendo numerosas as dificuldades e os obstáculos encontrados pelos profissionais em seu processo de trabalho.

Apesar de entender que a falta das “condições humanizadas do trabalho” impõe limites para

oferecer ao usuário uma assistência entendida pelos profissionais como humanizada, na análise observamos que os desgastes não obscurecem o prazer que os trabalhadores desfrutaram de suas atividades, principalmente quando estas se apresentam em forma de reconhecimento do trabalho bem-sucedido.

As questões das gestões dos recursos humanos e do espaço físico são descritas como um fator que constitui uma grande barreira. Em consequência da presença de poucos funcionários e muitos pacientes, a atenção demandada por familiares que acompanham a internação do bebê fica prejudicada em função do pouco tempo disponível dos profissionais. Este cenário de dificuldades muito se aproxima de outras UTIs neonatais da rede do SUS.

Na UTI neonatal pesquisada, o local de acomodação para as mães – o alojamento de nutrízes – está distante do modelo de humanização que os profissionais gostariam de proporcionar. Esta questão foi apresentada pelos profissionais como uma causa urgente.

Ressaltamos que, embora o processo de trabalho da UTI neonatal proporcione constantes desgastes e envolva fatores que constituem obstáculos para a oferta da assistência humanizada, percebemos que trabalhadores criam estratégias para atender às necessidades dos usuários e também desenvolvem ações que facilitem suas práticas. São profissionais que, conforme expressa o dito popular, tiram leite de pedra em uma UTI neonatal.

Portanto, finalizamos acenando para a urgente necessidade de um olhar cuidadoso dos gestores em relação à qualidade da produção de cuidados em saúde neonatal e das condições de trabalho atualmente disponíveis para o alcance das metas instituídas pelo Ministério da Saúde, no que concerne à produção de cuidados humanizados.

Colaboradores

KMO Souza participou da elaboração dos roteiros, realização das entrevistas com os profissionais e da observação participante no campo estudado, além da análise dos dados e redação do artigo. SF Deslandes contribuiu na definição do método da pesquisa, interpretação dos dados e redação do artigo.

Referências

1. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):7-14.
2. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):659-668.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. *Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS* [Série B: Textos Básicos de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Leite RS, Nunes CV, Beltrame I. *Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem. Graduandos do Centro Universitário Nove de Julho - São Paulo*. [acessado 2008 out 10]. Disponível em: <http://www.sobragen.org.br/publi5.pdf>
5. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (3):669-673.
6. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1996.
7. Gomes R, Malaquias JV, Minayo MCS, Silva CFR, Souza ER. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Assis SG, Minayo MCS, Souza ERA, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Deslandes SF. Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
10. Vaitsman JA, Andrade GRB. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005;10 (3):599-613.
11. Cecilio LCO, Merhy EE. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp; 2003. [Mimeo]
12. Braga NA, Morsch DS. Um nascimento diferente. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 81-95.
13. Moreira MEL, Bonfim OL. Manuseio da dor no recém-nascido. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M, organizadores. *O recém-nascido de alto risco - teoria e prática do cuidado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.489-508.
14. Correa MV, Machado JMH. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. *Informe Epidemiológico do SUS* 2002; 11(3):159-166.
15. Glina DMR, Rocha LE. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. In: Glina DMR, Rocha LE. *Prevenção visando à saúde mental no trabalho*. São Paulo: VK; 2000. p. 53- 82.

16. Dejours C. *A loucura do trabalho. Estudos de fisiopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
17. Souza HMMR. *Análise experimental dos níveis de ruído produzido por peça de mão de alta rotação em consultórios odontológicos: possibilidades de humanização do posto de trabalho do cirurgião dentista* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
18. Barros PCR, Mendes AMB. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *PsicoUSF* 2003; 8(1):63-70.
19. Dejours C. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004.
20. Neves MYR. Organização do trabalho e saúde mental. *Cadernos IPUB* 1995; 1(2):64-70.
21. Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 109-139.
22. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
23. Clot Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes; 2006.
24. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima de gestão em saúde? *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):508-516.
25. Palácios M. *Trabalho hospitalar e saúde mental o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993.
26. Leite MA, Villa VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2):145-150.
27. Pontes KAES. *Avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem Neonatal de acordo com a categoria do recém-nascido* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz; 2004.
28. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. *Ambiência* [Série B: Textos Básicos de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. Paulus Jr A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. *Revista Espaço para a Saúde* 2005; 7(1):30-45.

Artigo apresentado em 18/01/2008

Aprovado em 29/07/2008

Versão final apresentada em 14/08/2008