

Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade*

WORK PROCESS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: BUILDING A HOLISTIC-ORIENTED CARE

PROCESO DE TRABAJO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CONSTRUCCIÓN DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL

Elysângela Dittz Duarte¹, Roseni Rosângela de Sena², César Coelho Xavier³

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como objetivo analisar a ação dos profissionais e sua contribuição na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O estudo foi realizado no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (Minas Gerais), e teve como sujeitos 10 profissionais que assistem o recém-nascido na UTIN, e 7 pais de recém-nascidos ali internados. Para coleta de dados utilizaram-se a Oficina de Trabalho e a Observação Participante. O tratamento e a análise dos dados coletados foram feitos por meio de Análise de Discurso. A partir dos dados, evidenciaram-se as potencialidades da prática dos profissionais orientada pelo sentido da integralidade, os atos de saúde que materializam ou não a integralidade, as diferentes percepções dos participantes acerca do trabalho realizado pela equipe, e de que forma a lógica da organização do processo de trabalho inscreve o fazer do coletivo de trabalhadores.

DESCRIPTORES

Recém-nascido.
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
Assistência integral à saúde.
Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

This is a qualitative study aimed at analyzing the performance of healthcare professionals, as well as their contribution to a holistic-oriented care towards newborn babies in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The study was carried out in the Sofia Feldman Hospital, in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. The study's subjects were ten healthcare professionals who cared for newborns in the NICU, and seven parents of admitted newborns. Data was collected by means of workshops and participant observation processes. Data were treated and analyzed by means of discourse analysis concepts. The resulting data highlighted the following aspects: the potential and holistic-oriented practices of healthcare professionals; the presence or absence of healthcare actions that materialized the holistic care; the different perceptions of the participants about the work carried out by the team; and in what sense the rationale of the work organization encompassed the workers' collective performance.

KEY WORDS

Infant, newborn.
Intensive Care Units, Neonatal.
Comprehensive health care.
Patient care team.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo que tuvo como objetivo analizar la acción de los profesionales y su contribución en la construcción del cuidado integral al recién nacido internado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). El estudio fue realizado en el Hospital Sofía Feldman, en Belo Horizonte (Minas Gerais) y tuvo como sujetos 10 profesionales que asisten al recién nacido en la UTIN y 7 padres de recién nacidos, allí internados. Para recolectar los datos se utilizó el Taller de Trabajo y la Observación Participante. El tratamiento y el análisis de los datos recolectados fueron hechos por medio del Análisis del Discurso. A partir de los datos se evidenció el potencial de la práctica de los profesionales orientada por el sentido del cuidado integral, por los actos de salud que materializan el cuidado integral, las diferentes percepciones de los participantes acerca del trabajo realizado por el equipo y de que forma la lógica de la organización del proceso de trabajo inscribe el quehacer del colectivo de los trabajadores.

DESCRIPTORES

Recién nacido.
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
Atención integral de salud.
Grupo de atención al paciente.

* Extraído da tese "O cuidado ao recém nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas dos profissionais no cotidiano da unidade de terapia intensiva neonatal", Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. ¹ Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. ditzduarte@ig.com.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. rosenisena@uol.com.br ³ Doutor. Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. xavier@medicina.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A construção de um corpo de conhecimentos específicos e o desenvolvimento de técnicas e equipamentos repercutem diretamente na sobrevivência de neonatos cada vez mais prematuros. Esse aumento das expectativas de vida do neonato prematuro e/ou doente advindo das tecnologias utilizadas em seu cuidado exige a incorporação de profissionais mais qualificados técnica, científica e eticamente.

Por um lado, o desenvolvimento tecnológico apresenta eficácia na redução da mortalidade. Por outro, modifica a organização do trabalho na atenção à saúde do recém-nascido e intermedia a relação dos profissionais com a criança⁽¹⁾.

Atualmente, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um dos setores de maior especialização do cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde. Nesse espaço restrito há concentração de diferentes profissionais, diferentes tecnologias e diferentes saberes. A assistência oferecida aos neonatos está orientada para o diagnóstico e a terapêutica na busca da recuperação biológica dos prematuros ou da cura da doença⁽¹⁾.

Na minha atuação profissional, observo que por vezes a ação dos profissionais parece ocorrer de forma sinérgica para uma assistência que atenda mais amplamente as necessidades do recém-nascido. Em outros, as ações são tão fragmentadas que certamente não contemplarão as dimensões da criança, considerando sua inserção na família e na sociedade. É uma atenção que se afasta da perspectiva de um cuidado integral.

Entendemos assim que, um cuidado oferecido pela equipe multiprofissional, ausente do sentido de integralidade, poderá gerar resultados insatisfatórios para o indivíduo em constituição, para a família e para a sociedade.

Nas UTINs tem-se uma valorização dos procedimentos de terapêutica e diagnóstico, os quais acabam sobrepondo outras possibilidades de cuidado⁽²⁾. Isto torna desafiador pensar em uma prática balizada pelo sentido de integralidade sabendo-se que, para tal, faz-se necessário considerar que, além da necessidade de prolongar a vida, o recém-nascido precisa criar e fortalecer vínculos e adquirir autonomia para levar a vida.

Tomados, a partir de onde são materializados ou até mesmo ressignificados, os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, tem-se que a integralidade deve contemplar uma ação de cuidado que, enquanto ação integral, produza relações de acolhimento, dignidade, vínculo e respeito, no encontro dos vários atores envolvidos (profissionais, usuários e instituições)⁽³⁾.

Considerando que é na ação desses profissionais, em seu encontro com os usuários, que se materializa a integralidade, impõe-se a necessidade de examinar a prática dos profissionais apreendendo o que traduz os sentidos de integralidade.

OBJETIVO

O presente artigo tem o objetivo de analisar a ação dos profissionais e sua contribuição na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado na UTIN.

MÉTODO

O campo da saúde apresenta-se como uma realidade complexa, demandando conhecimentos diversos ainda que integrados, que confrontam dialeticamente teoria e prática, em um fazer cotidiano enredado de relações sociais, para a produção das ações de saúde.

Diante disso e da aplicabilidade do método qualitativo

[...] ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam⁽⁴⁾,

decidimos utilizá-lo para a investigação de uma dada realidade de assistência à saúde.

O estudo em tela considera a dinâmica interação social dos atores, na qual eles se transformam e também se firmam como produtores de novas realidades. Foi pelo reconhecimento desse dinamismo, da provisoriidade, da transformação e da autoria dos profissionais e usuários que fizemos opção pela dialética para a abordagem da realidade.

Este estudo foi realizado no Hospital Sofia Feldman (HSF), pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS). Trata-se de uma Instituição filantrópica de direito privado, localizada no Bairro Tupi, no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Tem cerca de 98% de sua receita proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS).

A UTIN foi criada em 2000 e possui 32 leitos, organizados em três Unidades assistenciais, com uma média de 58 internações/mês na UTIN em 2007⁽⁵⁾. Atuam nessas Unidades as técnicas de enfermagem, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

As mães permanecem nas Unidades sempre que o desejam, durante as 24 horas do dia. Os pais têm um horário estabelecido entre 9 e 21 horas, sendo que exceções são feitas conforme o quadro clínico do recém-nascido ou outra situação específica.

A escolha do HSF para cenário deste estudo deve-se às características da Instituição, ofertando uma atenção integral à mulher, ao recém-nascido e aos trabalhos ali desenvolvidos pela pesquisadora, onde atua como enfermeira.

Os sujeitos da pesquisa são profissionais da equipe de saúde que atuam na UTIN, prestando cuidado direto aos recém-nascidos e aos seus familiares. Para os familiares dos recém-nascidos, sujeitos do estudo, adotou-se como critério

rio de inclusão um período de internação igual ou superior a sete dias e o fato de os familiares terem participação direta no cuidado aos neonatos, independente do grau ou tipo de parentesco.

Utilizaram-se, como estratégias de coleta de dados, a Observação Participante e a Oficina de Trabalho. Esta última trata-se de um trabalho estruturado focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, não se restringindo a uma reflexão racional, mas envolvendo os sujeitos de maneira integral, considerando suas formas de pensar, sentir e agir⁽⁶⁾. As Oficinas foram realizadas no mês de outubro de 2006, com duração média de uma hora e quarenta minutos. Para a condução das atividades e reflexões foram definidos, como temas norteadores para as Oficinas: os sentidos da integralidade na UTIN do HSF, a contribuição para a construção da integralidade e os fatores considerados facilitadores e dificultadores para que ocorra a integralidade.

Foram realizadas duas Oficinas, sendo uma com os pais e mães (Grupo 1) e outra com os profissionais (Grupo 2). Para o Grupo 1, foram convidados 2 pais e 8 mães que atendiam aos critérios de inclusão, tendo comparecido 1 pai e 7 mães. Para a estruturação do Grupo 2, os nomes dos profissionais que atuavam na UTIN foram inicialmente distribuídos em envelopes identificados com a categoria profissional a qual pertenciam e, em seguida, feito sorteio, buscando-se manter no grupo a equivalência existente na equipe assistencial. Foram convidados profissionais de todas as categorias que atuam na UTIN, sendo 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 3 pediatras e 1 fisioterapeuta, constituindo um grupo de 12 participantes.

A cada grupo foram informados os objetivos e critérios adotados na pesquisa e solicitadas a autorização para o registro e gravação das falas e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

As Oficinas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, identificando os informantes e buscando manter aspectos importantes para a análise como as expressões utilizadas, os silêncios, as exclamações e interrogações. Em seguida, fez-se a substituição dos nomes dos participantes das Oficinas para lhes garantir o anonimato. Assim, os usuários que participaram das Oficinas receberam nomes de flores (Girassol, Flor-de-Liz, Azaléia, Papoula, Gardênia, Amor-Perfeito, Bouganville, Jasmim, Orquídea), e os profissionais receberam nomes de pedras preciosas (Ágata, Cristal, Ametista, Rubi, Topázio, Água Marinha, Turfa, Turqueza, Diamante, Turmalina, Esmeralda, Pérola). A medida que as unidades de sentido eram extraídas do texto, recebiam uma codificação com o nome de quem a emitiu, a identificação se usuário (U) ou profissional (P), e a ordem de aparecimento da unidade de sentido no texto (Ex.: Girassol, U-9; Água Marinha, P-22).

Quanto à Observação Participante, ocorreu nas três UTINs, no período de 18 de agosto a 17 de outubro de 2006, em diferentes dias e horários, com duração de 10 minutos a 2 horas. Foram feitas utilizando-se um roteiro de situa-

ções a serem observadas buscando-se o que sinalizava ou não para a integralidade.

O registro era feito, imediatamente após ou até mesmo durante as observações, em um *Diário de Campo* no qual, além dos fatos observados, também se relatava as impressões da pesquisadora.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (Parecer nº 04/2006) e da Universidade Federal de Minas Gerais em 14 de junho de 2006 (Parecer nº 0080/06).

ANÁLISE DOS DADOS

O material produzido foi trabalhado na perspectiva da Análise de Discurso pelas possibilidades oferecidas de se refletir sobre as condições nas quais é construída e apreendida

a significação de textos produzidos nos mais diferentes campos [...]. Ela visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido⁽⁴⁾.

Sob esse ponto de vista discursivo, a linguagem

não pode apenas representar algo já dado, sendo parte de uma construção social que rompe com a ilusão de naturalidade entre os limites do lingüístico e os do extralingüístico. A linguagem não se dissocia da interação social⁽⁷⁾.

Dos discursos produzidos em cada uma das Oficinas, foi obtido um grande número de unidades de sentido, que foram recortadas e agrupadas, mantidas as suas respectivas codificações. O tratamento dos resultados obtidos até aqui foi feito agrupando as unidades de sentido de acordo com as afinidades.

A apresentação e a discussão dos resultados foram ilustradas com os relatos dos discursos e, em alguns momentos, utilizados fragmentos, sempre com a identificação dos informantes.

As observações relatadas no Diário de Campo foram utilizadas para melhor contextualização e compreensão do discurso dos usuários e profissionais. Para isso, buscou-se relacioná-las, também por afinidade, ao agrupamento feito com as unidades de sentido extraídas das oficinas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cenário de estudo, enquanto pais e mães permanecem junto de seus filhos, não se limitam a observar e a interagir com eles. Pais e mães participam dos cuidados, observam como o cuidado é realizado com seu bebê e outros acontecimentos no interior da Unidade.

Em estudo⁽⁸⁾ que descreveu a experiência de mães cujos filhos eram assistidos em uma UTIN, verificaram-se alguns

comportamentos das mães, durante o período de internação de seus filhos, que refletem como se adaptam a esse novo ambiente e à condição dos filhos. Dentre eles, a dificuldade em voltar a atenção para os bebês, focando-se nos equipamentos utilizados, no trabalho e na linguagem utilizada pela equipe ou com a sua atenção oscilando entre o que ocorria a sua volta e os bebês. Outro comportamento descrito nesse estudo é que, após se familiarizarem com o cotidiano da Unidade, assumem um papel mais ativo no cuidado dos filhos, seja realizando ações como alimentação, banho, posicionamento, seja mantendo um olhar vigilante sobre o trabalho dos profissionais com o objetivo de garantir a segurança de seus filhos.

Não há definição prévia do tempo de permanência de pais e mães na Unidade, das tarefas a serem cumpridas, do que observar, nem de algum tipo de comprometimento com os membros da equipe. Mas certamente pais e mães estão atentos àquilo que, em sua concepção, pode causar dano a seu filho ou favorecer, para que seja atendido em sua integralidade. Esses vários aspectos contribuem para tornar pais e mães *observadores privilegiados* que, com seus olhares meticolosos e sensíveis no plano da empiria, mergulhados no cotidiano da Unidade, permitiram evidenciar a tessitura do trabalho que ali se desenvolve.

Girassol (U-49) expressa que um dos aspectos que dificulta o entendimento dos usuários acerca da organização do trabalho na Unidade é a identificação do que de fato pode ser feito pelos profissionais. Utiliza-se, em seu exemplo de suposições, como as possíveis orientações dadas pela chefia, a divisão do trabalho entre as técnicas de enfermagem quanto às crianças que cada uma delas deverá assistir e sua colaboração no cuidado com outras crianças. Isso é o que lhe parece ser definidor do que cada profissional pode fazer.

Os pais e a equipe são orientados acerca de alguns cuidados para prevenir a transmissão de infecções e Girassol (U-43) utiliza-se desse conhecimento, adquirido durante sua vivência na Unidade, para diferenciar que condições justificam a sua transgressão. Para exemplificar, Girassol (U-47) relata um momento em que uma profissional, mesmo sem lavar as mãos, segura um recém-nascido prestes a cair do berço.

Entretanto Girassol (U-47) não concorda com situações na qual a técnica de enfermagem que está com um recém-nascido, por um *negocinho à toa*, coloca a mão em outro neonato sem lavar as mãos ou aquela que se recusa a entregar uma máscara para uma mãe por não ser ela a responsável pelo cuidado de seu bebê e ainda, uma técnica que, por ter acabado seu horário de trabalho, se recusa a oferecer a dieta para o recém-nascido, e espera até que chegue a profissional que assumirá o plantão.

Essas situações descritas por Girassol (U-43,47 e 49) mostram que, apesar de não ser informado acerca de como é or-

ganizado o trabalho na Unidade, ele tem uma idéia sobre alguns aspectos básicos que deveriam ser utilizados para orientá-lo, como uma avaliação constante de riscos e a cooperação.

Evidencia-se ainda que, mesmo sendo as profissionais por ele mencionadas até o momento, de uma mesma categoria profissional, submetidas a uma mesma organização do processo de trabalho, mediante uma aproximação desse cotidiano pode-se reconhecer a singularidade das relações e as diferentes regras que ali vigoram.

Girassol, um observador privilegiado, expressa uma micropolítica do trabalho, praticamente invisível a um observador menos atento, apontando questões que devem ser consideradas no cenário do estudo e que se constituem em insumos importantes a serem utilizados pelos profissionais por explicitarem a imprevisibilidade do trabalho em saúde e os modos como é planejado-replanejado, exigindo uma contínua reorientação das ações dos trabalhadores.

Aspectos contribuem para tornar pais e mães observadores privilegiados que, com seus olhares meticolosos e sensíveis no plano da empiria, mergulhados no cotidiano da Unidade, permitiram evidenciar a tessitura do trabalho que ali se desenvolve.

No que se refere à imprevisibilidade do trabalho em saúde, Girassol contribui para reafirmar que, na maioria das vezes, não é passível de normalização. Trata-se de *um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza*, e que se produz no encontro entre o profissional de saúde e o usuário no ato do trabalho, num encontro em que ambos estão munidos por suas crenças, valores e concepções⁽⁹⁾. As relações entre as pessoas como estruturantes do trabalho em saúde e a presença do usuário nessa relação conferem-lhe maior variabilidade e imprevisto, aumentando as exigências sobre o trabalhador e as necessidades de tomada de decisão na produção de *atos de saúde*⁽¹⁰⁾.

Os dados evidenciam como os profissionais se colocam frente aos imprevistos, adaptando técnicas e padronizações, com referência em seus valores e necessidades. Permitem ainda reconhecer modos de os profissionais se articularem expressando acordos estabelecidos entre eles e que estão para além das normas e escalas formais de trabalho, criando microespaços de negociação e de decisão. No que se refere às negociações cotidianas, elas *levam em conta dois níveis de realidade: o da finalidade das organizações e o das necessidades sentidas de conforto, segurança e saúde dos trabalhadores em saúde*⁽¹¹⁾.

Os serviços de saúde são o palco da ação de atores, que têm intencionalidade ao agir e disputam o sentido do trabalho. Em sua atuação, é feita uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. Nesse sentido, o cotidiano do trabalho teria as dimensões das normas e papéis institucionais e as das práticas privadas de cada trabalhador^(9, 12).

A análise dos dados permite-nos inferir que os trabalhadores têm buscado formas de exercer seu auto-governo quanto à organização do trabalho definida pelo corpo ge-

rencial, buscando uma melhoria na sintonia entre eles e as circunstâncias de trabalho e, ainda, a existência de um distanciamento entre o planejamento e a execução das ações. Evidencia-se a necessidade de se voltar cuidadosamente para esses aspectos buscando-se construir uma outra realidade, posto que a atual tem apontado claros limites ao atendimento das necessidades dos trabalhadores e também dos recém-nascidos e de suas famílias. A manutenção desse contexto poderá incorrer no comprometimento da atenção integral e na insatisfação dos trabalhadores. Acreditamos que um caminho possível seria uma reflexão coletiva sobre o cotidiano do trabalho onde a negociação das situações que podem implicar em problemas de alguma ordem sejam um dispositivo de mudança dessa realidade.

Entendemos ser esse caminho favorecedor de decisões compartilhadas entre trabalhadores, gestores e usuários que, ao identificarem, no plano coletivo, uma situação problemática, buscam superá-la antecipando-se às possíveis dificuldades. E, ainda, identificando outras possibilidades quando se aproximam do lugar de outros atores, explicitando e reconhecendo os diferentes interesses existentes. Vale acrescentar o nosso entendimento da provisoriamente dos consensos, por serem instauradores de novos conflitos que, por sua vez, dinamizam outros movimentos.

Nessa necessária aproximação entre o planejamento e execução do trabalho, os profissionais que prestam assistência direta ao neonato (aqui entendidos como os executores), são interlocutores importantes para facilitar o processo de planejamento/replanejamento do trabalho podendo potencializar e ampliar as mudanças em sua organização com vistas a atender a suas próprias necessidades, as dos recém-nascidos e das famílias.

As decisões dos profissionais são tomadas no espaço de suas práticas privadas e, muitas vezes, a sua lógica não é entendida ou acompanhada pela do usuário. Isso pode ser destacado de um fato relatado por Gardênia (U-26 e 27) quando da morte de um recém-nascido na Unidade. Gardênia conta que a mesma técnica de enfermagem que cuidava de sua filha, cuidava também de outro recém-nascido que veio a falecer. No momento do óbito, a profissional oferecia leite para sua filha e fez opção por terminar de oferecer o leite para depois ir auxiliar a colega de trabalho no preparo do corpo e retirada do leito.

Se olharmos essa situação sob a ótica de uma seleção das prioridades de assistência, privilegiando aquelas que conferem maior risco para o recém-nascido ou que compõem a rotina assistencial, a decisão da profissional pode ter parecido óbvia. Entretanto, não é tão simples, se considerarmos a subjetivação evidenciada na perspectiva do olhar de Gardênia, que não via ali um trabalho a ser feito, mas o corpo de uma criança, como a sua, que ainda precisava de cuidados. Não se trata aqui de desconsiderar a subjetividade da profissional em questão, mesmo que ela não tenha sido expressa de alguma forma nesse discurso, mas evidencia-se que, nesse caso específico, predominou a

manutenção da rotina de trabalho, ainda que diante de um óbito. Talvez o que tenha favorecido a manutenção da rotina tenha sido a cooperação de outros profissionais que, conforme o relato de Gardênia, deram continuidade à assistência a esse recém-nascido.

O que se observa é que, mesmo o trabalho em saúde exigindo outras formas de organização, ainda prevalecem aquelas centradas na preocupação com manuais de procedimentos, rotinas e normas dentre outros e o desempenho da equipe acaba sendo avaliado por sua capacidade em realizar todos os procedimentos, em outras palavras, a quantidade de procedimentos realizados⁽¹³⁾. Isso pode acarretar um parcelamento do trabalho com a fragmentação da assistência, o que se opõe à construção da integralidade.

Foi possível identificar algumas situações nas quais as ações aparentemente poderiam ser desenvolvidas por qualquer profissional presente e, no entanto, como expresso por Gardênia (U-52) parecia que algumas *regras* demarcavam *o que um pode fazer e o outro não*. As ações específicas de cada um dos profissionais também foram explicitadas por Jasmim (U-57) ao falar dos cuidados que cada um deles realizavam junto a seu bebê.

Os discursos de Girassol, Jasmim e Gardênia evidenciam potenciais de intervenção dos profissionais, marcados pela relação entre o que é denominado de *núcleo específico por problema*, *núcleo profissional específico* e a *dimensão cuidadora* que qualquer profissional de saúde detém. O *núcleo específico por problema* diz respeito a um saber muito específico acerca do que vai enfrentar, territorializado em seu campo profissional de ação, territorialização essa que caracteriza o *núcleo profissional específico*; este, por sua vez, é recoberto por um território que marca a *dimensão cuidadora* sobre qualquer tipo de ação profissional⁽¹²⁾.

Com base nessas definições, o que se apreende das falas é uma dimensão cuidadora subsumida nos *núcleos profissionais específicos*, empobrecida por esse modo de operar a produção do cuidado. Esses achados reforçam a percepção acerca do que ocorre atualmente nos serviços de saúde onde o modelo assistencial é organizado a partir de problemas específicos tornando a dimensão cuidadora irrelevante e complementar⁽¹²⁾. As conseqüências dessa forma de organização também depreendem dos discursos ao revelarem atuações dos profissionais da equipe de saúde contidos na lógica dominante do modelo biomédico que tem sua centralidade nos *núcleos específicos por problemas e por profissional*.

Outro aspecto evidenciado pelos discursos é que, na ausência de uma especificidade do trabalho, ele acaba sendo atribuído às técnicas de enfermagem. Essa assertiva vai ao encontro de achados no tocante à divisão do trabalho em saúde. Neles são reconhecidos que o trabalho dos profissionais deriva da prática médica, configurando-se trabalhos diferentes tecnicamente e desiguais quanto a sua valorização social⁽¹⁴⁾.

Assim, ao delegarem ações que não são do *núcleo profissional específico*, configurando-se portanto, como da *dimensão cuidadora*, às técnicas de enfermagem, ressaltam-se as diferenças e desigualdades entre as áreas e entre os trabalhadores reforçando as relações de subordinação ali existentes.

Sabendo-se que a formação e a responsabilidade dos profissionais incorrem em fazeres distintos, necessários e complementares para o atendimento às necessidades de saúde dos recém-nascidos, acreditamos na importância da especificidade do fazer de cada profissional que compõe a equipe de saúde, mas com o fortalecimento da *dimensão cuidadora*, visto que é nessa dimensão que atuam os processos relacionais do campo das tecnologias *leves*⁽¹²⁾, e que poderiam operar oferecendo maiores possibilidades de interação, amainando as relações de subordinação.

A adoção de formas de gestão mais democráticas e participativas requer *mexer em esquemas de poder* envolvendo diversos trabalhadores e ainda demanda negociações com diversos segmentos para que se concretize⁽¹⁵⁾.

Evidencia-se a necessidade de reflexão dos profissionais, tanto gestores quanto executores, acerca do processo de trabalho no cenário de estudo. Sob a perspectiva de mudança, acreditamos que deva ser considerada uma ação reflexiva dos profissionais sobre seu fazer, evidenciando circunstâncias que implicam em problema de alguma ordem.

Papoula (U-55) expõe uma situação por ela vivenciada, na qual uma técnica de enfermagem, que cuidava também de sua filha, precisou prestar assistência a mais uma criança além do número habitual e nesse dia a profissional teve que ficar sem almoçar. Em seu entendimento havia, na Unidade, outras trabalhadoras que poderiam ajudar mas ninguém o fez.

Esses discursos revelam fragilidades no trabalho em equipe que, de alguma forma, traduzem os limites aprendidos por sua organização, podendo acarretar comprometimento de seu resultado e da qualidade da assistência. A construção de um atendimento com sentidos de integralidade exige mudanças na organização da gestão e do trabalho. É incongruente com profissionais que aceitem o determinismo das estruturas, requer atores que se reafirmem como capazes de pensar estratégias e de dar sentido a seu fazer na tentativa de acompanhar a dinamicidade e a intensidade dos acontecimentos do espaço assistencial.

Autores concordam com essa análise ao afirmarem que as discussões acerca da organização do trabalho ainda têm focado muito a produtividade e a eficiência da organização, ficando o trabalhador para um segundo plano. Acreditam ainda em modelos mais participativos como uma estratégia que alie produtividade e participação do trabalhador⁽¹⁶⁾.

Se foi possível identificar com clareza, no discurso dos usuários, os limites que estes percebem na realização do trabalho em equipe, o mesmo não foi evidenciado na fala

dos profissionais ao expressarem um trabalho da equipe que ocorre de forma *inter e transdisciplinar* tendo como foco o recém-nascido (Água Marinha; P-1).

Um coletivo de trabalhadores atuando de maneira *transdisciplinar* implicaria em dissolução das fronteiras entre os seus núcleos específicos de saber⁽¹⁷⁾ e o enfoque *interdisciplinar* e organização *multiprofissional* rompe com dicotomias retrógradas como pensar-fazer e saúde-doença⁽¹⁸⁾.

Sabendo-se da ineficiência da lógica de organização do trabalho sustentada na fisiopatologia para uma atenção integradora, a atuação da equipe, *inter e transdisciplinar*, percebida por Água Marinha (P-1) seria a que melhor daria conta de uma assistência que tenha *como foco o recém-nascido*. No limite da restauração biológica, não há como negar os consideráveis sucessos da organização orientada na fisiopatologia. Entretanto, ao tomarmos outras dimensões do processo de padecimento, impõe-se a necessidade de um diálogo entre os sujeitos, rompendo as fronteiras de suas disciplinas para uma construção solidária do cuidado.

Para Ametista (P-22), o trabalho em equipe é o que potencializa as ações individuais suprimindo as limitações de cada profissional o que pode ser evidenciado ao afirmar que, às vezes, o quadro de saúde do recém-nascido está piorando e ela tem a sensação de que não está resolvendo nada, *mas tem uma equipe que dá conta*.

Na forma de trabalho em equipe, tem-se a equipe-agrupamento e a equipe-integração. A primeira modalidade é caracterizada pela fragmentação, com agrupamento dos trabalhadores e justaposição das ações ao passo que, na segunda, tem-se uma articulação coerente com a proposta da integralidade das ações, com a articulação das ações e a interação dos trabalhadores⁽¹⁴⁾.

Para a prática da integralidade, deve-se buscar uma ação conjunta dos profissionais, considerando-se seus múltiplos saberes e práticas. É nesse entendimento da importância da diversidade e de ações que não se limitam ao fazer específico de cada componente da equipe que se potencializam as ações do conjunto dos profissionais.

Apesar de Ametista (P-19, 21) reconhecer uma atuação integrada da equipe, o que os discursos dos usuários evidenciaram foi a dissociação de tarefas entre as profissões, a ausência de um projeto assistencial comum e o reforço às diferenças técnicas com acentuação das desigualdades valorativas dos mesmos.

Fica manifesto no discurso de Esmeralda (P-85), como o local de atuação do profissional acaba por interferir na forma como percebe a assistência que é prestada na Unidade. Para ela quem está

muito dentro da UTI tem uma visão e quem está fora [...], não está ali dentro, daquele fazer [...] é um olhar diferente... um mundo de dentro e um de fora.

As discussões acerca da organização do trabalho ainda têm focado muito a produtividade e a eficiência da organização, ficando o trabalhador para um segundo plano.

As profissionais do *mundo de fora* são as terapeutas ocupacionais, psicólogas e assistentes sociais que, talvez por não estarem dentro da Unidade assistencial e por sua formação profissional, conseguem vislumbrar outras realidades. Não têm seus *núcleos específicos* de saber circunscritos pela doença do recém-nascido mas por suas implicações sociais e psicológicas; podem conferir um outro matiz para o *mundo de dentro*. O reconhecimento das possibilidades do trabalho desses profissionais tem fortalecido a decisão institucional de incorporá-los de maneira crescente ao cotidiano da assistência.

Foi expresso pelos profissionais e pelos usuários que a equipe está capacitada para o atendimento na UTIN. Para Turqueza (P-58) há treinamento constante dos profissionais o que pode ser também evidenciado a partir do discurso de Girassol (U-48) ao afirmar que algo às vezes assustador para os pais, basta ao profissional olhar para entender o que está acontecendo com o recém-nascido.

O discurso de Girassol (U-48) indica que o preparo dos profissionais está mais voltado para os aspectos bio-patológicos da assistência. Diz respeito aos atendimentos de urgência e à competência para identificar e resolver com rapidez as intercorrências com os neonatos. Considerando-se as competências como um conjunto dos recursos mobilizados para agir mediante as situações, o perfil, como apresentado pelos participantes, fica limitado, na medida em que não são expressas competências que se relacionem a outras dimensões do cuidado ao recém-nascido.

Por meio de seu discurso, os informantes manifestam ações que são vistas por eles e que qualificam a assistência prestada na instituição como o apoio psicológico oferecido às mães e aos pais, destacado por Turqueza (P-56) e o incentivo ao aleitamento materno com orientações às mulheres e priorização do leite humano em detrimento da fórmula, conforme descrito também por Turqueza (P-57) e reforçado por Ametista (P-25).

Mesmo frente a vários aspectos relatados como positivos pelos profissionais e que qualificam a assistência prestada, os discursos mostram que existem falhas. Para Girassol (U-30), como todo lugar tem falhas, na Unidade de assistência também tem falhas e aponta ainda a dificuldade de satisfazer o ser humano.

Gardênia (U-20) é mais incisiva quanto a esse aspecto e utiliza a frase *sem desculpa para os nossos erros* para falar que não podem ser aceitas as tentativas de profissionais e usuários não cumprirem com o que deve ser feito. Gardênia exemplifica com as tentativas do visitante que, mesmo sabendo que não deve tocar o bebê, tenta fazer isso escondido dos profissionais, ou os profissionais que, por trabalhar em outras instituições, *chegam cansados [...] e deixam por fazer algumas coisas*. O cansaço dos profissionais e outros problemas que eles possam ter em casa preocupam a participante por entender que favorecem os erros.

Os usuários, participantes da Oficina, expressam um entendimento acerca do melhor cuidado a ser oferecido a seus

filhos, seja por perceberem seu desconforto em resposta a determinada forma de cuidar ou, por conviverem nesse ambiente, passam a partilhar muito do conhecimento ali existente. Assim, os pais explicitam o que é melhor ou pior para seus filhos, utilizando sua percepção e o conhecimento adquirido.

O discurso de Orquídea (U-69) expressa que, para se orientar quanto ao melhor cuidado a ser oferecido a seu filho, a mãe utiliza-se do saber que adquiriu durante sua vivência na Unidade e do que ela observa na criança. A equipe, por sua vez, se deixa guiar pela rotina de cuidados. Ao se utilizar de sua percepção, a mãe consegue aproximar-se mais da necessidade de conforto que identifica em seu filho, o que não é possível ao profissional, por deixar o seu cuidado centrado nas rotinas de manuseio a serem cumpridas.

No trabalho em saúde podem coexistir as diferentes tecnologias, mas as tecnologias das relações estabelecidas é que conferem um sentido ao modo como é produzida a saúde.

Através de seu discurso, Papoula (U-61-62) expressa uma desaprovação quanto às conversas das profissionais que não diziam respeito ao cuidado com o recém-nascido, como se o fato de conversarem outros assuntos entre si fosse suficiente para comprometer o seu trabalho. A vida dos trabalhadores, de alguma maneira se reflete em seu local de trabalho, levando-nos a acreditar que os trabalhadores não podem ser aprisionados no projeto terapêutico do usuário. É um espaço onde ocorre o trabalho e onde as relações entre os indivíduos são construídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes, a partir de seus olhares, permitiram-nos aproximar da realidade da assistência ao recém-nascido na UTIN estudada, e fizeram que fossem evidenciados os desafios ali existentes e que são indicativos das superações a serem empreendidas pela equipe para a construção da integralidade. Dentre elas destacamos a necessidade de investimento em estratégias apoiadoras para a equipe, articulação do trabalho entre os diferentes profissionais e entre os diferentes pontos de atenção. Ressaltamos ainda a relevância evidenciada da utilização da presença da família na Unidade e de sua observação privilegiada para a construção de práticas de saúde integrais.

Os dados permitiram evidenciar que o direcionamento do cuidado, a partir das necessidades do recém-nascido, faz com que ele seja um disparador de ações a serem realizadas pelos profissionais.

Os discursos dos participantes das Oficinas expressam as diferentes percepções acerca do trabalho realizado pela equipe, evidenciando como a lógica da organização do processo de trabalho naquela Unidade inscreve o fazer do coletivo de trabalhadores manifestando sua íntima relação

com o trabalho em equipe. Frente a isso, os usuários manifestaram a percepção de um trabalho em equipe muitas vezes enfraquecido pela falta de atuação conjunta dos profissionais, normatizado e pouco integrado desafiando a efetivação de práticas de integralidade.

Em um espaço que, em detrimento do reconhecimento da especificidade, e da responsabilidade de cada profissional e da potencialidade de sua ação em *concerto* para a produção de um cuidado integral, o que se evidencia é a fragmentação do recém-nascido, até mesmo da dimensão biológica, entre os vários saberes e práticas.

REFERÊNCIAS

1. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
2. Rolim KMC, Cardoso MVML. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):515-23.
3. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2004. p. 21-36.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. Hospital Sofia Feldman. *Notícias do Sofia*. 2007;4(16):8.
6. Afonso MLM. *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
7. Rocha D, Deusdará BA. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA Estudos Neolatinos*. 2005;7(2):305-22.
8. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatr Nurs*. 2005;31(3):176-81.
9. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.
10. Gomes RS, Guizardi FL, Pinheiro RA. Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005. p. 105-16.
11. Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 109-40.
12. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).
13. Kurciant P, coordenadora. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991.
14. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
15. Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):315-29.
16. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):508-14.
17. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1997; 2(1):5-23.
18. Sena-Chompré RR, Egry EY. *A enfermagem nos Projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec; 1998.