

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL¹

Maria Aparecida Munhoz Gaíva²
Carmen Gracinda Silvan Scochi³

Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):469-76.

O estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho na UTI Neonatal de um hospital universitário de Cuiabá-MT. Os dados foram coletados utilizando-se observação participante e documentos. Os resultados mostraram que, no trabalho coletivo, a finalidade maior é o diagnóstico e a terapêutica, tendo como núcleo central o ato médico, já que esse profissional detém a racionalidade do trabalho. Foram observadas situações de complementaridade e interdependência no trabalho da equipe, havendo, em alguns momentos, negociação entre os agentes enfermeiros e médicos. A organização tecnológica do trabalho na UTIN ainda expressa, em seu cotidiano, as imagens de um trabalho marcado pela apropriação do corpo débil do prematuro, tecnicado e rotinizado, caracterizando o modelo biologicista e curativo de cuidar.

DESCRITORES: serviços de saúde; enfermagem neonatal; assistência perinatal; unidade de terapia intensiva neonatal

WORKING PROCESS IN HEALTH AND NURSING AT A NEONATAL ICU

This paper aims to analyze the work process at a university hospital neonatal ICU in Cuiabá-MT. The data were collected through participant observation and documents. The results showed that concerning collective work, the main aim is diagnosis and therapy, with the medical act as its central nucleus, since this professional detains the work rationality. Situations of complementarity and interdependence were observed in the team's work, with moments of negotiation among nursing agents and physicians. The technological work organization at the neonatal ICU still shows in its daily life the images of a routine and technical work, marked by the preterm weak body appropriation, which characterizes the biologist and cure model of care.

DESCRIPTORS: health services; neonatal nursing; perinatal care; intensive care unit, neonatal

PROCESO DE TRABAJO EN SALUD Y ENFERMERÍA EN UTI NEONATAL

Este estudio tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo en una UTI neonatal de un hospital universitario. Los datos fueron colectados a través de observación participante y análisis documental. Los resultados mostraron que en el trabajo colectivo, la finalidad mayor es el diagnóstico y la terapéutica, teniendo como núcleo central el acto médico, ya que ese profesional detiene la racionalidad del trabajo. Mientras, fueron observadas situaciones en que hay complementariedad e interdependencia en el trabajo del equipo, existiendo en algunos momentos negociación entre los agentes. La organización tecnológica del trabajo en la UTIN aún muestra en su cotidiano las imágenes de un trabajo de rutina tecnicado, caracterizado por la apropiación del cuerpo frágil del prematuro, que evidencia el modelo biologicista y curativo del cuidar.

DESCRIPTORES: servicios de salud; enfermería neonatal; atención perinatal; unidad de terapia intensiva neonatal

¹ Trabalho extraído da tese de doutorado intitulada: Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma unidade neonatal de Cuiabá-MT, apresentada ao Programa de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo; ² Enfermeira, Professor Mestre da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Mato Grosso, e-mail: mgaiva@zaz.com.br; ³ Enfermeira, Professor Livre-Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

A assistência neonatal passou por muitas transformações e o advento de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo à assistência aos recém-nascidos (RNs). Essas mudanças atingiram também a finalidade do trabalho nas unidades neonatais, que não se dá só na perspectiva da sua racionalidade e na recuperação do corpo anátomo-fisiológico do RN, mas passa a preocupar-se com a família e qualidade de vida.

Na prática, os serviços mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal, mas a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho implantada, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde, para dar conta das novas necessidades que se colocam no processo de trabalho, bem como a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação.

A escolha da temática para este estudo advém da experiência acumulada na prática em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de nossa aproximação com os referenciais teóricos sobre a assistência ao RN pré-termo em UTIN e da interlocução com as famílias que vivenciam o processo de ter um filho prematuro.

Assim, tem-se como objetivo analisar o processo de trabalho em uma UTIN de um hospital universitário.

METODOLOGIA

Utilizamos o referencial teórico sobre a organização tecnológica do trabalho⁽¹⁻²⁾ que investiga teórica e conceitualmente a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e os elementos constituintes do processo de trabalho em saúde. O autor desenvolveu um profundo raciocínio lógico dialético para apreender as práticas de saúde, em especial a Medicina, na sua dimensão de trabalho, ampliando o campo de aplicação conceitual do termo tecnologia, na perspectiva de "organização tecnológica do trabalho". Foi utilizada, também, concepção de outros autores⁽³⁻⁴⁾ que introduzem novos referenciais teóricos para abordar a questão do trabalho vivo na saúde.

É uma pesquisa qualitativa, dadas as características e a complexidade do processo de trabalho

em saúde, onde os processos que aí se desenvolvem assumem conotações diferenciadas que passam por discursos, atitudes, valores, poderes, saberes e muitos outros. O desenho metodológico da pesquisa é o **estudo de caso**. O caso se constitui como uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada⁽⁵⁾.

A pesquisa foi realizada em uma UTIN de um hospital universitário, localizado em Cuiabá-MT. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital. A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2000, utilizando-se da observação participante e da análise de documentos, como o prontuário dos RNs e as rotinas das equipes de enfermagem e médica. As observações foram registradas em um diário de campo.

Para captar como se organiza o processo de trabalho na unidade, o foco de observação foi o ambiente de cuidado, o trabalho visto individual e coletivamente. Para tal, observamos as atividades como a passagem de plantão, visita médica, visita das famílias, enfim a dinâmica de todo trabalho realizado no setor, nos turnos manhã, tarde e noite, de segunda a domingo.

A análise dos dados foi realizada seguindo as diretrizes do método qualitativo⁽⁶⁾: ordenação, classificação em categorias empíricas, síntese e interpretação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho coletivo na UTIN

Na observação de campo na UTIN, percebemos que o processo de trabalho tem a produção de cuidados por meio do trabalho coletivo, em que as ações são realizadas isoladamente, por um a um dos profissionais, ou em cooperação entre agentes da mesma área, ou ainda, em complementaridade entre agentes das diferentes áreas.

Dentre as inúmeras dimensões que permeiam o trabalho no modelo clínico de cuidar, o trabalho em equipe é uma delas, sendo caracterizado pela complementaridade das atividades.

No trabalho coletivo, as diferentes profissões compartilham o objeto de trabalho, tendo, como finalidade, a ação terapêutica de saúde. O trabalho coletivo na UTIN, em algumas situações, tem, como característica, o

parcelamento das ações, com base na divisão social e técnica, com oposição entre concepção e execução, conforme descrito na literatura⁽¹⁻²⁾.

O trabalho na saúde, na maioria das vezes, é um trabalho coletivo, mas nem sempre ele é um trabalho em equipe, como foi observado no contexto estudado. Entendemos que o trabalho em equipe multiprofissional não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas, atuando coletivamente. Há que se ter articulação entre os profissionais, conexões entre saberes e intervenções distintas. O trabalho em equipe "é configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais"⁽³⁾.

Considerando o trabalho coletivo, percebemos que os atores subutilizam alguns instrumentos, como o prontuário e a visita aos neonatos, para fazer a integração da assistência. Na UTIN estudada, não há planejamento coletivo da assistência ou discussão multidisciplinar das situações assistenciais e da unidade. Raramente, outros profissionais participam da visita médica. Apesar de dispor de um prontuário multidisciplinar, com folha única para prescrição e evolução, somente a Medicina e a Enfermagem fazem o registro das avaliações dos pacientes; outros profissionais pouco manuseiam o prontuário. No entanto, algumas situações práticas, observadas no cotidiano, mostraram a realização de procedimentos conjuntos por diferentes profissionais, tais como: aspiração de tubo endotraqueal, coleta de exames e atendimento nas situações de urgências, caracterizando um trabalho cooperativo multidisciplinar.

A UTIN, por ser um local de circulação restritiva, permite o convívio efetivo mais próximo entre os diferentes tipos de trabalhadores que aí atuam, o que possibilita o desenvolvimento de um trabalho cooperativo, ainda que centrado exclusivamente no modelo clínico.

Apesar de as discussões acerca do trabalho em equipe serem tão comuns nos ambientes de trabalho, na área da saúde, muitos profissionais ainda têm dificuldades de compreendê-lo e executá-lo na prática, já que realizam ações parceladas e, muitas vezes, desarticuladas, mesmo sabendo que, só por meio da articulação das ações e interação entre os membros da equipe, é que vamos caminhar para um trabalho que consiga atender às necessidades multidimensionais dos indivíduos de quem cuidamos.

No cotidiano da unidade, as atividades de todos os profissionais que integram o processo de trabalho têm,

como finalidade maior, a produção do diagnóstico e da terapêutica.

No processo de trabalho na UTIN, observamos aspectos de complementaridade e interdependência dos diferentes profissionais; em algumas situações, existe a necessidade de flexibilidade na divisão do trabalho. Assim, um profissional colabora com o de outra área, para o bom andamento da rotina. Algumas vezes, essas situações podem acarretar conflitos na relação diária entre os profissionais.

O médico é o responsável pelos pacientes. Todo procedimento de apoio ao diagnóstico é por ele solicitado; esse profissional prescreve o tratamento a ser ministrado pelas outras categorias profissionais, portanto, tem total autonomia nas decisões e controla o processo de trabalho da UTIN como um todo.

O trabalho médico na UTIN estudada tem como elemento central o processo de diagnóstico e a terapêutica, a exemplo dos resultados encontrados em unidades de internação neonatais do Estado de São Paulo⁽⁷⁾.

Um dos instrumentos de trabalho usados pela equipe médica, para atingir esse objetivo, é a **visita médica**. Considerada um momento de trabalho intelectual que ocorre diariamente na unidade, nela são discutidas e avaliadas as condutas médicas, os diagnósticos, a terapêutica, os exames a serem realizados e as altas; aí se definem, também, muitas das ações dos outros profissionais envolvidos no processo de trabalho. Cabe assinalar que, por ser um hospital-escola, a UTIN é um ambiente acadêmico, portanto, um espaço para produzir conhecimentos por meio do desenvolvimento e da discussão de novas pesquisas e publicações da área.

Na divisão técnica e social do trabalho não médico, o enfermeiro coordena, orienta e supervisiona o pessoal de enfermagem, outros funcionários e o ambiente. O enfermeiro é o detentor do saber e controlador do processo de trabalho de sua área de responsabilidade e os outros membros são os executores de tarefas. O enfermeiro executa procedimentos de maior complexidade, assumindo e cuidando daqueles neonatos em estado clínico mais grave. No entanto, em alguns momentos, também ocupa-se de atividades consideradas menos complexas como o banho e o controle dos sinais vitais.

Cabe também ao enfermeiro fazer a mediação e comunicação com outros trabalhos e setores do hospital, transmitir e zelar pelo cumprimento das normas da instituição. Os auxiliares de enfermagem executam

atividades mais manuais; no entanto, em virtude do número pequeno de enfermeiros, os auxiliares foram treinados para executar ou ajudar em atividades que são privativas do enfermeiro, como é o caso da aspiração do tubo orotraqueal e sondagens.

O enfermeiro, na maioria das vezes, assume de forma integral os cuidados do paciente mais grave. A modalidade de cuidados prestados pela enfermagem na unidade é o cuidado integral e inclui o cumprimento da prescrição médica e de enfermagem. Os chamados "cuidados integrais" são uma modalidade de cuidados em que os trabalhadores da enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente em seu turno de trabalho. Esse tipo de assistência de uma certa maneira rompe com a divisão por tarefas, pois possibilita uma visão mais global das necessidades de cada paciente, além de tornar o trabalho mais criativo⁽⁸⁾.

Para organizar e definir as ações da enfermagem na UTIN está implantada uma metodologia assistencial compartilhada pela categoria, ou seja, os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem para sistematizar a assistência aos RNs. O processo de enfermagem é constituído de cinco fases que podem variar de acordo com o referencial teórico adotado, são elas: o levantamento de dados, a identificação de problemas, o planejamento, a implementação e a avaliação.

Atualmente, na unidade estudada, o processo de enfermagem é uma prática individualizada entre os enfermeiros e tem como referencial o modelo biomédico. Os enfermeiros realizam algumas fases do processo, como a coleta de dados, a prescrição e a evolução de todos os RNs internados. Para executar a prescrição e evolução diária, o enfermeiro utiliza, como instrumento, o exame físico, no qual faz a avaliação física, cardíaca e pulmonar do RN, as informações da passagem de plantão, os resultados de exames e as anotações de enfermagem. O registro da evolução é feito na folha de prescrição, comum a todos os profissionais de saúde. As evoluções dos enfermeiros seguem um padrão, contendo dados subjetivos, objetivos e condutas de enfermagem. A prescrição de enfermagem é diária e pode ser complementada ou alterada de acordo com a necessidade do RN. Observamos que as prescrições são divididas entre os enfermeiros do turno da manhã e tarde e, raramente, alguma prescrição fica para o enfermeiro do período noturno. Seu conteúdo atém-se aos procedimentos técnicos a serem realizados, como aspiração de tubo

oro-traqueal, cuidados com a dieta por sonda e administração de medicamentos, dentre outros, complementando o tratamento médico. No geral, as prescrições centram-se nos cuidados com o corpo biológico, não incluindo intervenções dirigidas aos aspectos do desenvolvimento do RN e a sua família.

As evoluções, prescrições e anotações de enfermagem privilegiam o aspecto biomédico, apesar de observamos que, em alguns momentos do processo de trabalho, os profissionais executam ações voltadas para o bebê enquanto membro de uma família e que tem outras necessidades.

A seguir, transcrevemos a prescrição de enfermagem de Adolfo, um prematuro com idade corrigida de 36 semanas e 2 dias de vida, peso de 1000g e em ventilação mecânica.

- Fechar balanço hídrico de 12/12 horas; - Observar sinais vitais de 4/4 horas; - Manter sonda orogástrica aberta e aspirar de 6/6 horas; - Manter cuidados com Rn entubado: observar parâmetros prescritos, manter o nível de água estéril e trocar traqueias uma vez a cada 48 horas (14/6), aspirar o tubo orotraqueal de 6/6 horas; - Manter cuidados com as medicações, conforme prescrição do dia anterior, e acrescentar: anfotericina 50mg/frasco, diluir um frasco em 10 ml de água destilada e aspirar 5 unidades (seringa 100ui) e rediluir em 2,5 ml de soro glicosado a 5% e fazer EV; - Aplicar sulfadiazina de prata pomada nas necroses, três vezes ao dia. (Relato de observação, 12/06/00)

Durante o período de observação, apreendemos que a passagem de plantão configurou-se como um outro instrumento de trabalho usado pela enfermagem, no início e no término de cada turno de trabalho. Esse instrumento envolve todos os agentes de enfermagem e nele são repassadas as principais ocorrências sobre a evolução dos RNs durante o turno trabalhado, os cuidados prestados, os exames realizados ou por realizar e as alterações nas prescrições médica ou de enfermagem. Considerando que a passagem de plantão é uma atividade útil para garantir a continuidade do processo de trabalho, observamos uma preocupação, tanto por parte de auxiliares como de enfermeiros, em transmitir informações sobre os cuidados a serem executados e em cobrar o cumprimento de tarefas prescritas.

Além disso, a passagem de plantão é um processo de comunicação entre os profissionais de enfermagem e propicia a difusão do trabalho produzido; é um meio para veicular um saber operante. Observamos uma preocupação em conhecer a história clínica dos bebês recém-admitidos

e em repassar os dados clínicos recentes, tanto por parte do enfermeiro, como dos próprios auxiliares. Nesse momento, também repassam algumas informações acerca da família, isto é, se a mãe está presente ou ausente e preparada para alta. O saber que perpassa a passagem de plantão fundamenta-se na Patologia, Fisiologia, Microbiologia e Farmacologia.

No contexto da prática assistencial, o prontuário é um instrumento utilizado por todos os profissionais de enfermagem como forma de documentar o trabalho. Diariamente, enfermeiros e auxiliares de enfermagem fazem o registro dos cuidados, seguindo uma seqüência de informações, anotam dados do estado geral, alimentação, eliminações, sinais vitais, intercorrências e cuidados prestados.

A função de controle e supervisão direta da assistência de enfermagem cabe aos enfermeiros dos três turnos; o controle dos funcionários da unidade, nas questões administrativas referentes à elaboração das escalas mensais e de férias, e a verificação de faltas e substituições são atribuições da chefia do serviço materno-infantil.

Sintetizando, o processo de trabalho da enfermagem é exercido por diversas categorias. O modo operatório desse trabalho se dá por divisão de partes, comandado por um trabalho intelectual centrado pelo enfermeiro e um trabalho manual desempenhado pelos agentes de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem). Consideramos que o trabalho da enfermagem é um trabalho de equipe, já que tem integração e práticas de relações solidárias entre os agentes.

No que diz respeito à forma como é organizado esse trabalho, identificamos alguns elementos que apontam para um trabalho mais cooperativo e integral, rompendo, ainda que timidamente, com o modelo tradicional centrado na fragmentação. Citamos alguns indícios que nos fazem acreditar que se caminha nesse sentido: o enfermeiro participa diretamente dos cuidados junto com a equipe de enfermagem, mostrando um trabalho cooperativo em que a separação entre saber e fazer é menor; os auxiliares não executam tarefas fragmentadas, mas, sim, cuidados individualizados; a reorganização da escala mensal de serviço quando necessária, é compartilhada, e o enfermeiro decide sobre a necessidade numérica de recursos humanos, e os auxiliares escolhem, em conjunto, os plantões para os quais têm disponibilidade

para cobrir a escala.

Considerando a autonomia técnica⁽³⁾, podemos dizer que a autonomia do enfermeiro é exercida de forma regulada e com delimitações, na medida que o poder de decisão está na dependência de outros sujeitos presentes nas relações de produção.

Analisando o trabalho da equipe multiprofissional, temos, ainda, a atuação do fisioterapeuta. O trabalho é desenvolvido por dois profissionais contratados para atuar na unidade de internação pediátrica e na UTIN. A decisão acerca da necessidade de atuação desses agentes na assistência é atribuída ao médico; ele define e prescreve "fisioterapia respiratória e motora". Ao fisioterapeuta cabe avaliar, decidir e executar os procedimentos que julgar necessários. Assim, a autonomia desse profissional se torna relativa, ou seja, é uma autonomia técnica, na qual decide a internalidade da intervenção, mas é o médico quem define, em última instância, qual RN necessita desse tipo de tratamento. A divisão do trabalho na fisioterapia se dá entre iguais e não há especialização do conhecimento, os dois profissionais cuidam de todos os pacientes.

Ainda há, na unidade, a atuação de outros profissionais, mas de forma indireta, como é o caso do assistente social, farmacêutico e nutricionista. Esse último não atua diretamente na UTIN, é o médico quem define e prescreve a dieta dos bebês internados.

O assistente social não desenvolve atividade direta na unidade, sendo acionado mediante solicitações feitas pela equipe médica ou pelo enfermeiro, normalmente voltadas à carência financeira das famílias para se deslocar até o hospital, por ocasião do treinamento para a alta do bebê.

A atuação do farmacêutico é realizada em setor específico, no qual separa e envia à UTIN as medicações prescritas, bem como prepara a nutrição parenteral. Nesse último caso, confere a composição e dosagens e, em caso de divergência com a prescrição, discute com o médico a sua adequação.

Analisando a atuação da equipe multidisciplinar, observamos que o trabalho cooperativo desenvolvido na saúde, ao dividir em parcelas especializadas, não define o mesmo parcelamento de poder entre os diferentes profissionais, porque o médico é o centro de difusão de um saber que lhe concede o poder em praticamente todos os momentos da vida⁽⁹⁾.

A questão da autonomia das categorias profissionais na unidade estudada mostrou que, apesar

de o médico ser o elemento central no processo de trabalho na UTIN, cada um dos outros profissionais mantém certa autonomia para avaliar as necessidades dos RNs, no que diz respeito a sua área de atuação, mantendo um certo controle do seu processo de trabalho, seja individualmente ou dividindo as atividades entre os membros da equipe.

As relações interpessoais, poder, autonomia e negociação na UTIN

O hospital, assim como as demais instituições, está permeado pelos processos de dominação, em que o poder vai se produzindo, transformando-se, configurando relações, estando, portanto, presente no processo de trabalho. Os hospitais são lugares centrais de produção e reprodução das diversas formas de poder dos profissionais, a partir da apropriação de diferentes componentes de saber médico⁽¹⁰⁾.

“O poder produz saber (...) não há relação de poder sem a constituição correlata de um corpo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”⁽¹¹⁾.

A UTIN é um espaço de construção de diversos saberes, cuja centralidade é ocupada pelo saber médico. Porém, outros saberes podem constituir-se micropoderes⁽¹²⁾.

Ao consultar textos acerca do trabalho hospitalar, observamos que a maioria dos autores afirma que o processo de trabalho hospitalar obedece a uma lógica claramente dominante, a do trabalho médico. Nesse sentido, é interessante ressaltar que a hegemonia do poder médico também está muito presente no dia-a-dia da UTIN, seja nas relações com a equipe de saúde, seja com a mãe/família. Assim, nesse trabalho coletivo, é o médico quem dá a última palavra na maioria das situações.

Por meio da observação, identificamos que, no processo de trabalho na UTIN, médicos e profissionais de enfermagem, no desempenho de suas funções diferenciadas, nem sempre conseguem se comunicar adequadamente em função do saber que o médico detém para se apropriar do objeto do trabalho e conduzir a produção do assistir. Muitas vezes, o médico altera condutas e não comunica aos demais agentes, dificultando o trabalho cooperativo.

Nesse caso, o que caracteriza é a hegemonia do médico, que detém a racionalidade do processo de

trabalho, já que a ênfase deste é a cura, cujo instrumental é de domínio da Medicina.

A integração e o apoio entre as diferentes profissões que compõem a equipe de saúde não são possíveis, quando a autonomia do médico e sua ascendência sobre os demais praticamente anulam a noção de trabalho multiprofissional integrado⁽¹³⁾.

A tese de dominância profissional dos médicos⁽¹⁴⁾ refere que a autonomia relativa de cada profissional está submetida à autoridade médica, sustentada pela dominação do saber e da competência. Ainda nesse sentido, a profissão médica exerce controle considerável sobre a base de conhecimento da enfermagem, e grande parte do trabalho desses profissionais é desempenhada a pedido ou sob a supervisão médica.

Em virtude das relações complexas e do poder médico instituído, os outros profissionais buscam uma melhor definição de papéis e de autonomia no ambiente do trabalho coletivo.

“Na medida em que cada profissional executa parte das ações assistenciais, pode se estabelecer uma possibilidade de trabalho com autonomia relativa, uma vez que o modo como cada profissional organiza e controla o seu próprio trabalho ou de sua equipe não depende do diagnóstico médico”⁽⁹⁾.

Apesar da dominância médica nas relações com outros profissionais, principalmente com a enfermagem, se observa que já existe espaço para a negociação em todos os níveis, em nossos hospitais. No exemplo a seguir, podemos ver a negociação entre médico e enfermeiro:

Quase no final do turno da tarde, o pediatra chama o enfermeiro e solicita vaga para internar um bebê com icterícia (bilirrubina de 21mg%), informa que a criança nasceu no hospital universitário e teve alta há dois dias. O enfermeiro lhe diz: “não temos vagas, pois estamos com 13 bebês, além de que não há fototerapia livre, e essa criança estaria ocupando um leito de UTI”. O pediatra contra-argumenta que o fato de a criança ter nascido nesse hospital torna um dever a sua internação. Depois de muito discutir, lhe é sugerido que efetue a internação no alojamento conjunto ou na enfermaria de pediatria, afinal o RN não seria separado de sua mãe e, com isso, manteria o aleitamento materno; ele vai providenciar a vaga e volta alguns minutos, dizendo que o bebê seria internado no alojamento conjunto. (Relato de observação, 23-03-00)

A negociação é uma característica da ordem social, em que o acordo entre as pessoas é o melhor caminho para o desenvolvimento da organização. A

negociação entre as diferentes categorias profissionais, no ambiente hospitalar, vem sofrendo modificações importantes nas últimas décadas; os limites da negociação têm sido ampliados, regras e normas antes raramente negociadas, são agora modificadas. Entretanto, nem tudo é passível de negociação, ela acontece principalmente, nas situações onde as regras e normas não estão totalmente definidas⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, observamos, também, algumas situações em que o enfermeiro resiste ao poder médico e à subordinação. Essa resistência é um caminho para a ampliação da autonomia e melhor comunicação entre a equipe.

O residente chega à unidade e diz para o enfermeiro levar o RN de M. A. imediatamente para o centro cirúrgico; esse último responde que só vai ser possível depois da passagem de plantão, e o residente sai resmungando (...). (Relato de observação, 20-4-00)

Os enfermeiros e até mesmo os auxiliares de enfermagem, mesmo reconhecendo a autoridade do médico, fazem sugestões sobre muitos aspectos da assistência.

A criança retorna da cirurgia sem nenhuma medicação analgésica; como estava acordando, o enfermeiro solicita do residente a prescrição de analgésico. Ele pega o prontuário e prescreve novalgina endovenosa de 6/6 horas. (Relato de observação, 20-4-00)

Os limites da autonomia do enfermeiro estão na interdependência com o médico. No cotidiano do assistir, o enfermeiro tenta ampliar esses limites, sugerindo a mudança de condutas e, de certa forma, participando das decisões terapêuticas. Isso nos faz crer que as relações entre equipe podem ser mudadas, mesmo reconhecendo a autonomia terapêutica do médico. O relato a seguir mostra que, de certa forma, existe articulação entre a equipe.

Evolução médica - Segundo a enfermagem, a criança está estável, com Hood a 30%, FiO₂ 6 litros, chama a atenção a palidez cutânea e a hipoatividade. Prescrevo papa de hemácia em cima do registro da enfermagem de palidez e de seu exame clínico, apesar do hematócrito normal (32%). (Relato de observação, 6-07-00)

Apesar da hegemonia médica, observamos, em alguns momentos, o trabalho um pouco mais articulado entre a equipe, de forma que outros membros também instrumentalizam a decisão terapêutica. Aqui as informações que o enfermeiro relata em suas anotações, a partir da observação do RN e da identificação de sinais e sintomas, instrumentalizaram alterações na conduta terapêutica.

Ainda em relação à hegemonia médica, ela está presente também no controle do ambiente. É o médico quem define, por meio da prescrição diária, a organização do espaço físico a ser ocupado pelos RNs, isto é, berçário de alto risco ou de médio risco. Apesar de haver normas institucionais definidas, ele reforça seu domínio prescrevendo diariamente o local que o paciente vai ocupar. Desse modo, fica evidente que é o médico quem comanda o trabalho, pois cabe a ele a decisão sobre quem vai ser internado e onde.

A autonomia do médico também é relativa, sendo definida pelos limites da competência e do saber, impostos pelos outros agentes e relações sociais. Ao interferir no trabalho dos outros profissionais, esses lutam pela ampliação do seu espaço, de certa forma resistindo à subordinação⁽¹⁶⁾. Nessa situação, a autonomia dos outros profissionais pode ser ampliada.

O exercício continuado das relações interpessoais no trabalho na UTIN está sujeito a situações de conflito, momentos de tensões ou desentendimentos, já que estão permeadas por relações de poder.

Ampliando a discussão acerca das relações interpessoais no trabalho em equipe, recorreremos à autora⁽¹⁷⁾, que aponta que “a construção do trabalho em equipe requer, portanto, também a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade das regras, negociações e acordos entre os agentes, e requer compartilhar decisões e responsabilidades”.

No entanto, também se podem observar, no ambiente de trabalho, relações salutaras, momentos de aproximações e socialidade, interações e compartilhamento de experiências, discussões de temas externos ao mundo da UTIN. São freqüentes comemorações de aniversários dos membros da equipe e de despedidas dos internos e residentes ao final do estágio.

CONCLUSÃO

Apesar da assistência ao prematuro, em unidades neonatais, ter passado por importantes transformações, na perspectiva da inserção da família e humanização do cuidado, constatamos que a UTIN estudada ainda expressa em seu cotidiano as imagens de um trabalho marcado pela apropriação do corpo débil do prematuro, exaltando as tendências de um trabalho tecnificado e rotinizado que

caracteriza o modelo biologicista de cuidar. A assistência ao prematuro se dá a partir de um trabalho coletivo, com aspectos de complementaridade e interdependência, havendo momentos de negociação entre os agentes. A finalidade maior do trabalho é o diagnóstico e a terapêutica, tendo como núcleo central o ato médico.

Assim, na divisão técnica do trabalho na UTIN, o pediatra detém maior poder, pois decide o diagnóstico e a terapêutica; os demais profissionais executam atividades complementares ao ato médico e dispõem de autonomia relativa.

As relações de trabalho no cotidiano da unidade mostram que o médico tem o poder de decisão, mas, em

algumas situações, o enfermeiro resiste a esse poder e à subordinação, tentando aumentar sua autonomia. As relações sociais que se estabelecem entre os diferentes agentes não estão livres de tensões e discordâncias como todas as relações, mas, por outro lado, observamos momentos de negociações entre as equipes, reconhecendo a importância do trabalho coletivo.

Verifica-se a necessidade de transformações nesse processo de trabalho, com vistas a ampliar o objeto de ação por meio da inserção da família como sujeito e objeto do trabalho, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência ao prematuro e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.
2. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.
3. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas /UNICAMP; 1998.
4. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): Papa-Livros; 1999, p. 25-48.
5. Ludke M, André, MED. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo (SP): EPU; 1986.
6. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1994.
7. Scochi CGS, Rocha SMM, Lima, RAG. A organização do trabalho e a prática de enfermagem em unidades neonatais. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997. p. 151-73.
8. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo (SP): Annablume; 1998.
9. Leopardi MT. Instrumentos de trabalho em saúde: razão e subjetividade. In: Leopardi MT, organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): Papa-Livros; 1999. p. 71-81.
10. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa (Portugal): Afrontamento; 1993.
11. Foucault M. Microfísica do poder. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1998.
12. Lamy ZC. Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz- Instituto Fernandes Figueira; 2000.
13. Campos GWS. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: Campos G.W.S. Saúde pública e a defesa da vida. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1994. p. 107-27.
14. Freidson E. Professional dominance. New York (EUA): Atherton Press; 1970.
15. Svensson R. The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. *Sociol Health and Illness* 1996; 18(3):379-98.
16. Lima MAS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.
17. Peduzzi M. Mudança tecnológica e seu impacto no processo de trabalho em saúde. In: Seminário: A formação Técnica e Tecnologia em Saúde; 1997, maio 21-22; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 1997.