



**PONTÍFICIA UNIVERIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
– PUC/SP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE**

Telma Raquel de Andrade Amaral

**“VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES”**

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

SOROCABA

2014

Telma Raquel de Andrade Amaral

**“VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS TÉCNICOS DE
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES”**

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Estudos Pós-Graduação Mestrado Profissionalizante de Educação nas Profissões de Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE, sob orientação da Prof.^a Dr.^a **Raquel Aparecida de Oliveira.**

SOROCABA

2014

A485 Amaral, Telma Raquel de Andrade
Vivências do processo de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal: desafios e possibilidades / Telma Raquel de Andrade Amaral. -- Sorocaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Raquel Aparecida de Oliveira.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Processos de Enfermagem. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 3. Pessoal Técnico de Saúde. 4. Equipe de Enfermagem. I. Oliveira, Raquel Aparecida de. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Banca Examinadora

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedico este Trabalho...

A Deus que me criou, acompanha e ilumina na jornada profissional que felizmente escolhi.

Aos meus pais, meus heróis a quem devo toda gratidão, responsáveis pelo que hoje sou.

À minha irmã Tati, amiga e companheira, pela torcida e paciência.

Ao meu filho Matheus, razão da minha vida, fonte de minha inspiração, que me ensinou o significado do amor incondicional.

Aos recém-nascidos que me ensinaram que a fragilidade de sua aparência se contrapõe à fortaleza de sua alma.

Aos pais de UTI, com quem aprendi a valorizar cada gesto e cada minuto, contemplando a graça que se renova a cada amanhecer.

Aos meus colegas enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que dividem comigo a responsabilidade de cuidar dessas famílias além da competência técnica.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.”

(Paulo Freire, 1979)

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, por estar sempre presente nos meus projetos pessoais e profissionais

À Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues, Dr. José Luciano Pereira e Enfa. Silvia Luzia de Paula Stramm, por confiarem e apoiarem o meu então Projeto de Pesquisa

Minha querida orientadora Prof.º Dra. Raquel Aparecida de Oliveira, pela amizade, dedicação e profissionalismo, trazendo esperança e conforto nos momentos mais difíceis do desenvolvimento dessa pesquisa

À todos meus professores da PUC/SP, pela troca de conhecimentos e amizade que se iniciaram na minha graduação e perduram até os dias de hoje

Aos meus colegas da turma 2-2011 do Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde, pela convivência e pelas reflexões durante as disciplinas, que muito contribuíram para meu amadurecimento profissional

Aos funcionários da Biblioteca da FCMS da PUC/SP

Às enfermeiras Adriana Ayres e Déborah Ghromann Tondo Haro, pela amizade e contribuição para a realização dessa pesquisa

Às Profa. Dra. Lúcia Rondelo Duarte e Dirce Setsuko Takahashi, pela presença e contribuição na banca de qualificação, possibilitando o amadurecimento do projeto dessa pesquisa

Aos trabalhadores da UTIN do Hospital Santa Lucinda que possibilitaram a realização dessa pesquisa com a participação nos Grupos Focais

À colega Mila Moraes Leite, pela excelente ajuda nas transcrições dos Grupos Focais

À todos que direta ou indiretamente estiveram presentes na jornada do meu Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

RESUMO

Amaral, TRA. **Título:** Vivências do Processo de Trabalho dos técnicos de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios e possibilidades.

Habilidade técnica, conhecimento científico, relacionamento interpessoal, manejo da dor e da perda, são algumas das exigências ao profissional de enfermagem que constitui linha de frente no atendimento ao recém-nascido enfermo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Na UTIN são os técnicos de enfermagem (TE) que, na maioria das vezes, executam atividades de higiene, preparam e administram medicações, realizam curativos, entre outros. É um ambiente complexo e estressante, que desperta variados sentimentos que permanecem negados e velados. Esse estudo teve como objetivos: discutir a percepção da equipe de TE sobre o processo de trabalho na UTIN e identificar os desafios e possibilidades vivenciados durante esse processo; proporcionar à equipe de TE um espaço de reflexão sobre as dificuldades que interferem no processo de trabalho e mediar a construção de propostas de intervenção voltadas às necessidades elencadas. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, que utilizou a metodologia de pesquisa-ação. Foram realizados quatro grupos focais com a participação de quatro TE que atuam na UTIN de um hospital escola da cidade de Sorocaba-SP. Foi realizada a análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática. Entre os desafios foram apontados os seguintes temas: trabalho em equipe, comunicação, perfil profissional, gestão e avaliação do processo de trabalho pelo enfermeiro, sentimentos, passagem de plantão e processo admissional/educação continuada. Como possibilidades: reuniões de equipe entre o plantão e entre os turnos, valorização profissional, padronização de condutas, reestruturação do treinamento admissional. A liderança do enfermeiro foi destacada como ponto primordial para a gestão e avaliação do processo de trabalho. Constatou-se uma mudança de atitude dos TE, que durante os encontros pactuaram uma reunião com a coordenadora do serviço, momento em que puderam, de forma mais elaborada, expor suas dificuldades e estratégias. Os TE perceberam que os encontros foram espaços de escuta, de valorização profissional e de aprendizado, resultando no fortalecimento de suas potencialidades. Os objetivos propostos nesta

pesquisa foram alcançados, demonstrando uma riqueza inestimável em relação ao que o TE tem a oferecer para o processo de trabalho em UTIN.

Palavras-Chave: processo de trabalho em enfermagem, unidade de terapia intensiva neonatal, técnicos em enfermagem, equipe de enfermagem

ABSTRACT

Amaral, TRA. **Título:** Existences of the Process of the technicians' of nursing of an Unit of Intensive Therapy Work Neonatal: challenges and possibilities.

Technical ability, scientific knowledge, relationship interpersonal, handling of the pain and of the loss, they are some of the demands to the nursing professional that constitutes front line in the service to the sick newly born in an Unit of Intensive Therapy Neonatal (UTIN). In UTIN they are the nursing technicians TE that, most of the time, they execute hygiene activities, they prepare and they administer medications, they accomplish curatives, among others. It is a complex and stressful atmosphere, that it wakes up varied feelings that stay denied and veiled. That study had as objectives: to discuss the perception of the team of TE on the work process in UTIN and to identify the challenges and possibilities lived during that process; to provide to the team of TE a reflection space about the difficulties that interfere in the work process and to mediate the construction of intervention proposals returned to the needs elencadas. It is treated of a research of the exploratory-descriptive type with qualitative approach, that it used the research-action methodology. Four focal groups were accomplished with the participation of four TE that you/they act in UTIN of a hospital school of the city of Sorocaba-SP. The content analysis was accomplished, in the perspective of the thematic analysis. Among the challenges they were pointed the following themes: I work in team, communication, professional profile, administration and evaluation of the work process for the nurse, feelings, duty passage and I process continuous admissional/educação. As possibilities: team meetings among the duty and among the shifts, professional valorization, standardization of conducts, restructuring of the training admissional. The nurse's leadership was detached about primordial point for the administration and evaluation of the work process. A change of attitude of the was verified TE, that during the encounters they agreed on a meeting with the coordinator of the service, moment in that you/they were able to, in an elaborated way, to expose their difficulties and strategies. The they noticed TE that the encounters were spaces of he/she listens, of professional valorization and of learning, resulting in the invigoration of their potentialities. The objectives proposed in this research were reached, demonstrating

a priceless wealth in relation to the that the he/she has TE to offer for the work process in UTIN.

Word-key: process of work in nursing, unit of therapy intensive neonatal, technicians in nursing, nursing team;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCMB - Centro de Ciências Médicas e Biológicas

PUCSP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PSF - Programa Saúde da Família

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

HSL - Hospital Santa Lucinda

PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RN - Recém-nascido

AE - Auxiliar de Enfermagem

TE - Técnico de Enfermagem

OMS - Organização Mundial da Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

UCI - Unidade de Cuidados Intermediários

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

PNH - Política Nacional de Humanização

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

SUS - Sistema Único de Saúde

EPS - Ensino Popular em Saúde

GF - Grupo Focal

FCMS - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto do Encontro.....	41
Figura 2- Foto do Encontro.....	41
Figura 3 - Foto do Encontro.....	42
Figura 4 - Escultura Júlia.....	58
Figura 5 - Escultura da Cristina	60
Figura 6 - Escultura da Ossilma	61
Figura 7 - Escultura da Izabel.....	62
Figura 8 - Grupo Focal	70
Figura 9 - Grupo Focal	70
Figura 10 - Grupo Focal	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Possíveis soluções para resolução dos fatores identificados como dificultadores do processo de trabalho em UTIN.....	64
Quadro 2 - Temas que emergiram espontaneamente nos GF	83

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.2. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	19
1.3. Processo de Trabalho em saúde.....	23
1.4 O Cuidar da Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	28
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	32
2.1. Objetivos Primários	32
2.2. Objetivos Secundários	32
3. MATERIAIS E MÉTODOS	33
3.1. Tipo do estudo.....	33
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	36
5. CENÁRIO DA PESQUISA	37
6. ATORES.....	38
7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	39
8. RESULTADOS DA PESQUISA.....	40
8.1 Caracterização sócio demográfica dos participantes	40
8.2 Apresentação dos grupos	40
8.2.1 Grupo focal 1 - “Eu concordo, nós temos que ajudar. Mas quem nos ajuda? Quem é que entende o outro lado?” (Ossilma).....	40
8.2.2 Grupo focal 2 - “Eu não quero ser uma máquina. Eu quero ser uma pessoa que cuida de pessoas, pensando” (Julia)	57
8.2.3 Grupo Focal 3 - “O homem forte se defende e o homem mais forte ainda, defende seu bando” (Cristina)	72
8.2.4 Grupo Focal 4 – ENCERRAMENTO "A partir do segundo encontro, comecei a acreditar novamente no meu potencial, voltei e olhei ao meu redor e pude perceber as prováveis mudanças no dia-a-dia. Melhor do que pensar, é poder compartilhar seus pensamentos e ver que pequenas ações podem melhorar tudo a nossa volta." (Cristina).....	81

9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
9.1. Trabalho em equipe da enfermagem	85
9.2. Comunicação	87
9.3. Perfil profissional.....	90
9.4. Sentimentos	91
9.5. Gestão do processo pelo enfermeiro	92
9.6. Valorização profissional.....	93
9.7. Processo admissional/ educação continuada	94
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS.....	101
21. Terra AAA, Dias IMAV, Araujo RCJ,Reis VN. O processo de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. HU Revista 2011 Jan/Mar; 37(1): 55-61	102
APÊNDICE A – TABELA SOBRE OS GRUPOS FOCAIS.....	108
APÊNDICE B – CONVITE DE PARTICIPAÇÃO.....	129
APÊNDICE C – GUIA DAS ATIVIDADES DOS GFS.....	130
APÊNDICE D - CARTA DE IFORMAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	134
APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....	135
APÊNDICE F – IMAGEM DO FLIPCHARP	136
ANEXO 1 – DIÁRIO OFICIAL SOBRE UTI	137
ANEXO 2 - PORTARIA Nº 1091/GM EM 25 DE AGOSTO DE 1999	138
ANEXO 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.....	142
ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO	144

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização e Justificativa

Nascida na cidade de Sorocaba-SP no dia 22 de abril de 1982 e criada na cidade de Salto de Pirapora, uma cidade de aproximadamente 37 mil habitantes sou uma pessoa em constante processo de mudança e buscando novos desafios.

Tive uma infância feliz, ao lado dos meus pais, minha irmã e amigos do bairro. Sempre gostei de frequentar as aulas do colégio, tendo um interesse peculiar pela disciplina de “Ciências”, passando horas lendo qualquer material relacionado ao corpo humano.

No ano de 2001, ingressei no curso de graduação em enfermagem do Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). O interesse em trabalhar com neonatos nasceu e cresceu a cada ano de minha formação profissional

No ano de 2004, ano de minha formatura, iniciei minha carreira profissional como enfermeira de uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF), na minha cidade natal. Após um ano e meio desenvolvendo meu trabalho nessa unidade, em 2006, tive a oportunidade de ingressar como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Santa Lucinda (HSL), na cidade de Sorocaba.

Especializei-me em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp) e, posteriormente, em Enfermagem Neonatal pelo Centro Universitário São Camilo. Há 8 anos - 5 no HSL e atualmente em uma UTIN de outra instituição- presto assistência de enfermagem aos recém-nascidos (RN) de alto e médio risco, reafirmando diariamente o caminho profissional que escolhi ainda durante a graduação.

Nesses quase 10 anos de experiência profissional, convivi com muitos profissionais de enfermagem – auxiliares de enfermagem (AE), técnicos de enfermagem (TE) e enfermeiros. Os longos anos de experiência de alguns carregam lembranças de lutas, dor e alegrias, relatadas nos momentos de descontração da equipe. As vivências do processo de trabalho acabam por deixar marcas boas ou ruins no interior de cada profissional de enfermagem, transformando suas praticas e suas vidas.

Um movimento em direção a algo que pudesse agregar conhecimentos e

trazer benefícios para minha prática profissional despertou em mim a necessidade de cursar o Mestrado Profissional, que surgia com uma proposta que atenderia exatamente as minhas necessidades profissionais. A singularidade do trabalho em uma UTIN despertou em mim uma paixão pelo contexto que me vejo inserida quando atuo como enfermeira nesses locais.

Nesse momento deparei-me com outros desafios, somados a outra paixão que se revelou na oportunidade de atuar no ensino da graduação do mesmo curso do qual me formei. Cursar o Mestrado Profissional e realizar esse estudo traz benefícios além da assistência, amplia-se para a minha prática docente.

Escolhi como tema central deste estudo o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem na produção de cuidados em saúde na UTIN.

A UTIN, também denominado “cuidados intensivos”, é o local destinado ao atendimento de pacientes (RN) graves ou de risco para morte. Possui equipamentos específicos, tecnologias voltadas ao diagnóstico e terapêutica e recursos humanos especializados.

A UTIN caracteriza-se como uma área de assistência a neonatos criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados especiais e contínuos, o que exige dos profissionais grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes¹.

A UTIN é planejada para prestar assistência aos RNs em estado crítico, exigindo controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Fato esse que justifica a introdução de tecnologias cada vez mais aprimoradas para preservar a vida com o uso de terapêuticas e controles mais eficazes, com profissionais qualificados para esta atividade.

A incorporação de diferentes tecnologias de ponta, equipamentos, instrumentos e a presença de novos modos de organização do trabalho desencadeiam também a modificação daquilo que é pedido ou exigido aos trabalhadores, ou seja, uma adaptabilidade e flexibilidade técnico instrumental e intelectual, designada pelo genérico termo ‘competências’².

As mudanças ocorridas no trabalho em saúde, mais precisamente na assistência, ao incluir a necessidade de um heterogêneo universo de ‘policompetências’ e da integração dos profissionais na assistência, resgata o sentido do trabalho em equipe multiprofissional, já que este tipo de atividade deixou

de se restringir a uma única área de conhecimento e grupos, necessitando cada vez mais da interação de trabalhadores de várias carreiras e níveis de escolaridade partilhando espaços de iniciativa e corresponsabilização³.

Nesse contexto os técnicos de enfermagem, integrantes da equipe de enfermagem da UTIN, desenvolvem seu trabalho relacionado à manutenção da unidade e do cuidado ao RN hospitalizado.

Trata-se de um trabalho que exige um conhecimento consistente, aprendido constante pelas diversidades de situações existentes, o agir prontamente, pois, trabalha com situações de vida e morte.

O processo de trabalho do TE em uma UTIN requer além de habilidade técnica como um de seus instrumentos de trabalho, a sensibilidade e o treino do reconhecimento dos sinais emitidos pelo RN, habilidade de comunicação entre a equipe de enfermagem e família¹.

O técnico de enfermagem deve estar apto a executar procedimentos que exigem habilidade técnica e constante aperfeiçoamento profissional, preocupando-se com a manutenção da vida do RN, desenvolvendo orientações aos pais e interagindo com a equipe de enfermagem e de saúde da unidade.

As exigências voltadas para a prática do TE vão muito além de manusear a tecnologia utilizada para o tratamento. O exercício diário do acolhimento da família, sensibilidade para reconhecer os sinais emitidos pelo RN, antecipação de complicações clínicas, equilíbrio emocional para lidar com sentimentos de perdas e frustrações se fazem necessárias no dia-a-dia destes profissionais.

Portanto, as ações do técnico de enfermagem na UTIN, estão diretamente ancoradas em saberes técnicos, devido a marcante presença do conhecimento técnico científico na constituição de suas praticas e na organização do trabalho. O processo de trabalho do TE caracteriza-se pela dimensão assistencial, representada pelas ações de cuidado de enfermagem e as ações voltadas para a equipe, ambiente e instituição, contribuindo com o desenvolvimento de um saber que pode intensificar as ações e articulações das ações de enfermagem e da saúde.

Nesse sentido, considerando que Merhy⁴ ao ampliar as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho estabelecida por Mendes Gonçalves^{5,6}, traz a possibilidade do “auto-governo” dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho.

Martins JJ⁷, enfatiza que qualificar os TE para lidar de maneira humana com

família e equipe multidisciplinar também deve ser foco do trabalho em UTIN.

Partindo do pressuposto das especificidades do contexto de trabalho da UTIN, o processo de trabalho na maioria das vezes não oportuniza espaços de reflexão e de cuidado. Nesse sentido surgiu a preocupação em entender como os técnicos de enfermagem percebem seu processo de trabalho.

Assim, sentiu-se a necessidade de realizar esse estudo a partir da escuta das vivências do técnico de enfermagem no seu processo de trabalho oportunizando um espaço de acolhimento, reflexão e empoderamento por meio de processo educativo, tendo como questionamentos: Como os técnicos de enfermagem da UTIN vivenciam o processo de trabalho? Como esses profissionais percebem seus desafios e suas possibilidades? Como esses profissionais podem intervir no processo de trabalho com vistas a mudanças?

Portanto, a relevância dessa pesquisa está no fato de buscar compreender o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem da UTIN, realidade pouco estudada, e assim, contribuir para subsidiar ações para uma melhor prática do processo de trabalho. Ainda nesse contexto, melhorar a qualidade da assistência ao RNs e pais e as relações de trabalho.

1.2. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Os avanços científicos e tecnológicos nas áreas da obstetrícia e neonatologia vêm permitindo a sobrevivência de RN cada vez menores, prematuros e portadores de más-formações congênitas^{8,9}. A história do surgimento da neonatologia, conforme relatada por Avery¹⁰, é revestida por curiosidades sobre a imagem que era dada aos RNs que nasciam antes do tempo esperado e àqueles nascidos com algum tipo de má-formação congênita.

Os princípios e métodos que formaram a base da neonatologia surgiram por meio do médico francês Pierre Budin, em 1982. Budin era obstetra e não concordava com os preceitos da época. Para os obstetras, o foco era a parturiente e o nascimento do RN vivo. Aos prematuros e portadores de más-formações congênitas, aguardava-se a morte, pois acreditava-se que estes não teriam condições de sobreviverem no mundo. Para Budin, os obstetras deveriam se comprometer em cuidar do RN a quem tinham auxiliado a nascer¹⁰.

Dessa forma, Budin começou uma série de transformações no cuidado com o

RN e também foi o primeiro a observar a importância da participação das mães nos cuidados com seu filho para desenvolvimento do vínculo afetivo. Em 1923, foi fundado o primeiro centro de atendimento a RN prematuros. O Sarah Morris Hospital, em Chicago, foi instituído e dirigido pelo discípulo de Budin, Julio Hess, que continuou destacando a importância da presença da mãe junto ao RN para fortalecimento do vínculo. Hess tornou-se autoridade na pediatria americana, nos assuntos relacionados à prematuridade e inseriu o tratamento neonatal na carreira acadêmica.

Nesse contexto, a enfermagem exerceu e vem exercendo um papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. O pediatra Julio Hess declara que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço como supervisoras¹¹.

A equipe de enfermagem dentro a multiprofissional representa um percentual significativo e exerce um papel de suma importância, já que é ela que permanece cuidando do RN durante 24 horas no setor.

No entanto, o maior avanço tecnológico na neonatologia vem sendo observado a partir da década de 1960, em todo mundo. Nas últimas décadas, vistos os riscos que acompanham o nascimento de um prematuro, o cuidado especializado da área médica, de enfermagem e de outros profissionais que integram a equipe multidisciplinar, fez-se essencial na recuperação do RN como ser biológico nos espaços da UTIN. A assistência dinâmica prestada 24 horas, têm reduzido a morbidade e mortalidade desses RN, antes considerados inviáveis^{8,9,12}.

Segundo Rodrigues e Oliveira¹³, avanços técnico-científicos na neonatologia reduziram as taxas de mortalidade, e assim, a infecção hospitalar foi controlada com o isolamento estrito do recém-nascido nas maternidades. Com esses avanços e com o intuito de reduzir cada vez mais a grande mortalidade neonatal, surgem os berçários e as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, para atender a essa demanda e as necessidades socioeconômicas do país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera prematuro o RN nascido de idade gestacional inferior a 37 semanas e com peso de nascimento igual ou inferior a 2500g. Estes são subdivididos em RN de muito baixo peso (MBP) quando o peso de nascimento é inferior a 1500g e RN de extremo baixo peso (EBP), quando o peso de nascimento é inferior a 1000g. A prematuridade extrema é

designada a RN nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas⁹.

A maior sobrevida dos RN em UTIN está relacionada à manutenção de suas funções vitais sustentadas por intervenções contínuas dos profissionais que ali atuam – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas. Os procedimentos desenvolvidos durante a assistência ao RN muitas vezes são dolorosos e o RN sofre em consequência do nascimento prematuro, de patologias congênitas, de infecções adquiridas e da fragilidade de sua pele, que ainda não está preparada para tantos estímulos¹².

Dessa forma, percebe-se que a complexidade do estado de saúde desses clientes exige do profissional conhecimento científico e sensibilidade, uma vez que, a dor pode alterar a estabilidade respiratória, cardiovascular, metabólica e com isso, aumentar a morbimortalidade do RN, levando ainda a repercussões negativas a longo prazo, como o prejuízo da relação com a família, cognição e aprendizado¹⁵.

O recém-nascido apresenta peculiaridades anatômicas e fisiológicas que o diferenciam de outras faixas etárias, portanto, o conhecimento dessas particularidades é imperioso para que seja feita uma assistência adequada¹⁶.

Assim, a complexidade do paciente exige o cuidado não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. Nesse sentido, compreende-se que a essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas também no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente¹⁷.

Segundo da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº7 de 24 de fevereiro de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das unidades de terapia intensiva, a UTIN é o local destinado à assistência dos pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

No período neonatal, as causas mais comuns de hospitalização em uma UTIN são a insuficiência respiratória, instabilidades hemodinâmicas, prematuridade e má-formações congênitas¹². A RDC nº7 de 2010 da ANVISA (ANEXO 1) prevê ainda que a equipe de enfermagem deve ser formada por 1 TE para cada 2 leitos por turno, além de 1 TE para prestar serviços de apoio assistencial em cada turno, 1 enfermeiro para cada 8 leitos e 1 enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem, especialista em terapia intensiva ou em outra especialidade

relacionada à assistência do RN.

A Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), também denominada unidade de “médio risco”, foi criada pela Portaria 1091/GM de 25 de agosto de 1999 (ANEXO 2), visto à necessidade da garantia de melhor qualidade no atendimento ao RN de médio risco e maior oferta de leitos de cuidados intensivos. É voltada para o atendimento do RN que necessita de observação nas primeiras 72h após o parto, RN transferido da UTIN, desconforto respiratório leve, hiperbilirrubinemia, necessidade de venóclise para infusão de eletrólitos. O serviço deve disponibilizar 1 TE para cada 5 leitos.

Seguindo os avanços na área da neonatologia e atendendo aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), a presença dos pais vem sendo incorporado à rotina das UTIN. A permanência da mãe, principalmente, e o incentivo à participação nos cuidados visam o fortalecimento do vínculo e preparo para os cuidados no domicílio. Tal incentivo é observado pela flexibilização dos horários de visita, permanência da mãe em tempo integral, permissão da visita de irmãos^{18,19, 20}.

A lei n° 8069 de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁹, foi o maior responsável pelo avanço na participação dos pais no cuidados com seus filhos hospitalizados. À criança, ficou assegurado o direito à presença de 1 acompanhante durante a hospitalização. Os hospitais iniciaram um movimento de adequação e organização para proporcionar condições de permanência ao acompanhante.

Porém, observamos na prática que nem sempre as condições oferecidas são adequadas. As mães passam longas horas sentadas em cadeiras e banquetas desconfortáveis, são impedidas de entrar nos momentos de procedimentos realizados pela equipe multidisciplinar e ficam horas como mera expectadoras^{19,20}.

É importante lembrar que a hospitalização traz inúmeras implicações para o RN, que vivencia um ambiente bem diferente do ambiente intra-uterino e para os pais, que vivenciam uma experiência diferenciada do esperado. Esse é um dos motivos pelo qual a atenção não deve ficar restrita apenas ao RN, como a seus pais²¹. Dessa forma, a atuação da equipe de TE é expandida para além de suas competências e habilidades técnicas.

A atenção centrada no RN precisa ser ampliada de forma a criar um diálogo e interação com os pais, objetivando não só a recuperação da saúde do RN, como garantir-lhes qualidade de vida mesmo durante o período de hospitalização.

Há de se lembrar, que os pais nem sempre estão preparados para enfrentar a

realidade de vivenciar algo tão reverso ao esperado durante meses. Estar em um ambiente diferente é assustador. A UTIN é revestida de significados relacionados ao insucesso da gestação. Os pais enfrentam sentimentos de culpa e medo, necessitando também, aceitar um RN diferente do idealizado. A equipe de enfermagem, mais precisamente os TE, constituem linha de frente nos cuidados e necessitam exercitar habilidade de comunicação e acolhimento desses pais, de maneira a amenizar a ansiedade e sofrimentos.

*“Na UTIN os pais entram num estágio de luto após o nascimento de um filho com doença de alto risco, que não é o filho saudável que esperavam. Experimentam, assim, um luto tão intenso quanto aquele de morte real da criança, com sentimentos de choque, negação, raiva, culpa, depressão, desesperança, impotência, perda, isolamento, confusão e ansiedade”.*²²

A inclusão dos pais no ambiente da UTIN e no processo de recuperação de seu filho pode amenizar o medo gerado pela internação. Dessa forma, o desconhecimento da situação e a sensação de separação são substituídos por uma relação mais estreita entre família e equipe.

Embora essa nova visão de inclusão dos pais no processo de hospitalização do RN venha ganhando força com as intervenções de humanização nos hospitais, fatores como circulação de equipe, luminosidade e ruídos, dificultam a aproximação efetiva da família e geralmente os espaços são pequenos e não há privacidade. Famílias se misturam com os aparelhos dentro de uma UTIN, embora possam acompanhar os cuidados prestados pela equipe.

Não podemos deixar de destacar que o discurso de inserção dos pais nos cuidados do RN nem sempre é observado na prática diária. Existem ainda diversos fatores que impedem que esse ideal seja concretizado. Para uma inserção eficiente dos pais, há a necessidade que isso faça parte da filosofia de trabalho local e que os profissionais estejam instrumentalizados e preparados para se adequarem a nova perspectiva do modelo atual²³.

O que podemos observar é a supervalorização dos procedimentos de terapêutica e diagnóstico realizados durante o processo de trabalho na UTIN, que acabam se sobrepondo às práticas de humanização e outras formas de cuidado²⁴.

1.3. Processo de Trabalho em saúde

O objeto de estudo aborda desdobramentos sobre o processo de trabalho da

equipe de enfermagem na produção de cuidado no cotidiano de uma UTIN. Entende-se que as práticas exercidas por um sujeito, revestem-se de sentidos imprimindo seu próprio conhecimento.

O referencial teórico que orienta o processo de trabalho baseia-se nos escritos de Marx²⁵, estudos de Mendes Gonçalves²⁶ e Schraiber²⁷ que fazem uma articulação dos conceitos marxistas e trabalho em saúde e a conformação dos elementos objeto, instrumento e atividade humana e a micropolítica do trabalho em saúde²⁸.

O conceito processo de trabalho em saúde deriva da influência dos estudos sobre a profissão médica, desde os anos 80. Mendes Gonçalves²⁶, foi o autor que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular.

Posteriormente esses estudos tiveram uma influência em relação a duas grandes temáticas: de um lado, as políticas e estruturação da assistência, que derivou em muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Esta segunda linha expandiu-se para a constituição de dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde. Desta forma, passou a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde, mais especificamente na enfermagem²⁷. O conceito "processo de trabalho em saúde" diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Segundo Marx²⁵:

“Pode-se definir processo de trabalho como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos. Ou seja, o trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano.

O trabalho é um processo no qual o homem transforma a natureza, e ao transformá-la, acaba transformando a si mesmo. O trabalho humano diferencia-se dos demais porque é sempre um esforço orientado para uma finalidade e a finalidade é a antevisão do objeto de intervenção transformado²⁹”

Para Marx²⁵, no processo de trabalho a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um

determinado fim.

Mendes Gonçalves²⁶ estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e acrescenta que o trabalho é uma ação que opera uma transformação no objeto, praticada pelo agente do trabalho, que para tal possui um saber competente, que organiza e preside a ação, o saber operatório do trabalho.

Assim, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho, são elementos componentes do processo de trabalho para um fim. O estudo do processo de trabalho em saúde destaca que esses elementos precisam ser articulados, pois, somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico²⁶.

Nesse contexto o objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Segundo Mendes Gonçalves²⁶ o objeto de trabalho contém, potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, não deixa essa qualidade potencial transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto. Portanto, certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que esteja na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto^{30,31}.

Constituídos historicamente pelos sujeitos, os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. Segundo Marx²⁵, o instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.

Os instrumentos no processo de trabalho em saúde são constituídos em instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, entre outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos e os instrumentos materiais.

Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. 26

Os estudos de Schaiber²⁷ acrescentam que dentre os elementos constituintes do processo de trabalho, está o agente/sujeito do trabalho como questão nuclear de investigação e enfatiza a dimensão intersubjetiva, ético-moral dos processos de produção em serviço. Desta forma os agentes devem ser analisados no interior do processo de trabalho.

Segundo Peduzzi³², o agente como elemento do processo de trabalho é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em produto que cumpre a finalidade colocada, como intencionalidade daquele trabalho específico. Portanto, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal³¹.

Pires³³ destaca que o entendimento do objeto de trabalho, vai determinar maior ou menor domínio sobre o processo de trabalho, os quais têm consequências na capacidade dos profissionais intervirem, mais ou menos, criativamente nas suas ações, para atingir as finalidades do trabalho.

O processo de trabalho consiste na transformação de necessidades que tem sua origem e desencadeiam outros processos de trabalho, como uma ação transformadora do homem por intermédio dos meios de produção (instrumentos, conhecimentos e habilidades) sobre algum objeto, para transformando-o, obterem produto^{25, 26, 35}.

O trabalho em saúde é um fenômeno sócio-histórico, pois seu objeto de intervenção é o homem em sociedade. O homem inserido na sociedade possui suas individualidades e o trabalho em saúde deve atender as individualidade e generalidades do ser humano.

O trabalho em saúde tem como finalidade atender as necessidades individuais e coletivas que guiam todo o processo de trabalho, sendo realizado por diversos sujeitos, profissionais e trabalhadores em geral com formação na área e caracterizado pelo ato de cuidar, com objetivo de atingir a cura, a reabilitação ou minorar o sofrimento e promover o bem-estar. Isto tem sido tema de importantes discussões por sua complexificação e intensas transformações no mundo

contemporâneo².

Ao o introduzir a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura), Emerson Elias Merhy⁴,^{28,35} resgata de Marx a concepção de trabalho vivo e trabalho morto.

A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram³⁵. O trabalho vivo refere-se ao trabalho em ato, trabalho dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva³⁵. É o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho. Podem-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas).

O Trabalho morto refere-se a todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo de trabalho (ferramentas, matérias-primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e que são utilizados pelo homem para realizar um dado trabalho³⁸.

As tecnologias de saúde em que o trabalho em saúde é centrado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde e classificadas por Merhy³⁸ como: 1) tecnologias leves – dizem respeito aos aspectos inter-relacionais, produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão do processo de trabalho; 2) leve-duras – apresentam uma parte estruturada, o conhecimento como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo, e outra leve, relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador composto de saberes estruturados; 3) tecnologias duras – têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*, como no caso de normas e estruturas organizacionais, ou mesmo aparatos tecnológicos do tipo máquinas e equipamentos.

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como 'relações interseçoras' que estão presentes na produção do trabalho – descrito como ato de cuidar – e consumo (do cuidado) que ocorrem ao mesmo tempo. Quando o trabalhador da saúde se encontra com um usuário no processo de trabalho, segundo Merhy³⁸, "estabelece-se entre eles um espaço interseçor que

sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato”, conhecido como uma interseção partilhada.

Neste espaço, segundo o autor, o agente produtor, ou seja, o trabalhador da saúde utiliza-se de suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) na busca da realização de um produto/utilidade necessário pelo consumidor (usuário da saúde) ou população, sem, contudo, reduzi-lo a um mero objeto de sua ação, uma vez que permite que expresse suas intencionalidades, conhecimentos e representações sobre o seu processo saúde-doença.

Com o desenvolvimento tecnológico, a incorporação de diferentes tecnologias de ponta, equipamentos e instrumentos, a presença de novos modos de organização do trabalho e o desenvolvimento de tecnologias não materiais estimularam a produção de novos produtos ou maneiras diferentes de produzir os antigos^{38,39}.

Desta forma, essas mudanças no mundo do trabalho em saúde, passa a exigir dos profissionais uma prática complexa envolvida de múltiplas competências, chamadas de “policompetências”, revelada pela necessidade de integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho em equipe multiprofissional, já que este tipo de atividade deixou de se restringir a uma única área de conhecimento e grupos, necessitando cada vez mais da interação de trabalhadores de várias carreiras e níveis de escolaridade, partilhando espaços de iniciativa e corresponsabilização^{41,42}.

O trabalho em saúde é sempre coletivo, não há trabalhador que dê conta sozinho do mundo e das necessidades de saúde, objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde⁴³.

1.4 O Cuidar da Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Rocha e Almeida⁴⁴ conceituam o processo de cuidar no sentido de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal. A enfermagem se responsabiliza por meio do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos usuários seja prestando o cuidado ou coordenando os serviços para a prestação da

assistência.

Historicamente, o processo de trabalho da enfermagem se constituiu pela divisão técnica do trabalho, sendo um mesmo trabalho desenvolvido por vários trabalhadores, parcelado em tarefas e responsabilidades.

Sendo assim, o ambiente de UTI pode causar impacto físico e psicológico não apenas para os recém-nascidos e suas famílias, como para os profissionais que constituem linha de frente nos cuidados especializados e que lidam diariamente com as particularidades do processo de trabalho ao RN hospitalizado.

Neste ambiente, dia e noite se confundem devido à intensa interferência de fatores externos como ruídos em excesso causados pelo trânsito de pessoas (equipe multidisciplinar, família), alarmes sonoros emitidos pelos aparelhos e luminosidade. Sendo a UTIN um local onde se concentra equipamentos de alta tecnologia e centrada no diagnóstico e recuperação da saúde, muitas vezes a habilidade de comunicação e observação do RN e de sua família, não são desenvolvidos. Esse comprometimento na relação entre a equipe e família pode gerar dificuldade no processo de trabalho.

Ainda sobre o processo de trabalho, existem componentes que interferem no produto final do trabalho e que não são facilmente identificados de forma clara⁴⁶. Já discutimos brevemente as implicações trazidas pela hospitalização em UTIN ao RN e sua família e não podemos deixar de analisar as implicações trazidas ao TE durante a hospitalização do RN em UTIN.

Observamos na prática diária que, por vezes, o profissional de enfermagem se distancia ou evita o contato com os pais do RN hospitalizado numa tentativa de não se envolver emocionalmente com aquela situação vivenciada. Tal situação pode gerar insatisfação dos pais e possíveis atitudes de defesa, estabelecendo uma relação conflituosa.

Os TE enfrentam dificuldades durante o processo de trabalho, muitas vezes relacionadas à complexidade técnica do cuidado a ser prestado, às cobranças das chefias, dos familiares, médicos e da própria instituição⁴⁶. São inúmeras as implicações resultantes de uma hospitalização em UTIN, conforme Oliveira⁴⁷ escreveu:

“A hospitalização em UTIN traz inúmeras implicações para os envolvidos no processo de hospitalização nessa unidade, ou seja, o recém-nascido, sua família e a equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujo processo de trabalho deve permitir a realização do cuidado com a especificidade necessária ao grupo neonatal”.

Dada a especificidade e complexidade do trabalho do TE em uma UTIN, compreender a realidade da prática vivenciada, requer identificar os fatores dificultadores do processo de trabalho e que podem interferir na qualidade da assistência prestada gerando stress e sofrimento para a equipe⁴⁸. A enfermagem é uma das profissões mais estressantes que existe e exige de seus trabalhadores suportarem cargas de trabalho exaustivas, proporção inadequada de pacientes por profissional, além de lidar com dor, sofrimento e morte.⁴⁹

No processo de trabalho de enfermagem, o enfermeiro assume as atividades de gerenciamento e supervisão da equipe de enfermagem. Na maioria das instituições de saúde, são os TE que executam as atividades mais pesadas e cansativas, manuais, indispensáveis ao cuidado⁴⁶. Na UTIN são os TE que, na maioria das vezes, executam atividades de higiene, preparam e administram medicações, realizam curativos, entre outros. É um ambiente complexo e estressante, que despertam variados sentimentos que permanecem negados e velados⁴⁶.

A proximidade estabelecida entre o TE, RN hospitalizado e família determina um vínculo no qual sentimentos são gerados, principalmente nas hospitalizações prolongadas. O cuidado direcionado às pessoas em sofrimento leva o trabalhador a um sofrimento psíquico constante e silencioso, tornando-se parte de seu processo de trabalho⁵⁰.

É importante ressaltar que sinais de reações emocionais, distúrbios de comportamento, alta rotatividade de pessoal, dificuldades no relacionamento interpessoal, desistências podem estar relacionados aos processos de perda e luto vivenciados no cotidiano de uma UTIN, em que não há um espaço para a equipe elaborar os sentimentos vivenciados no seu processo de trabalho.

Identificar os fatores dificultadores do processo de trabalho do TE corresponde a um agente de mudança potencial, uma vez que a elaboração e aplicação de estratégias direcionadas à amenizar seus efeitos, podem tornar o cotidiano destes profissionais mais produtivo, menos desgastante, valorizando-os profissionalmente e pessoalmente⁵¹.

São os TE que estão constantemente em contato com sofrimento, medo, conflitos, ansiedade, morte, mas por outro lado o processo de trabalho desse profissional proporciona vivências de prazer⁵². O prazer e satisfação de acompanhar a recuperação de um RN hospitalizado em UTIN, que alcança a alta hospitalar e

deixa o hospital com sua família e vínculos fortalecidos, representa um dos motivos pelos quais os TE continuam na luta diária pela vida.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1. Objetivos Primários

- Discutir a percepção dos técnicos de enfermagem sobre o processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Lucinda;
- Identificar os desafios e possibilidades vivenciados durante o processo de trabalho na UTIN do HSL.

2.2. Objetivos Secundários

- Proporcionar aos técnicos de enfermagem da UTIN do HSL um espaço para a identificação e reflexão sobre as dificuldades vividas que interferem no processo de trabalho.
- Mediar a construção de propostas de intervenção voltadas às necessidades elencadas pelos técnicos de enfermagem da UTIN do HSL.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo do estudo

Foi realizada uma pesquisa social do tipo exploratório – descritiva com abordagem qualitativa.

O método de escolha para o desenvolvimento desse estudo foi a pesquisa-ação, definida como um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo, tomando como objeto para analisar suas qualidades, potencialidades, limitações e distorções⁵³.

A pesquisa-ação busca desenvolver e compreender a realidade como ela é, bem como planejar ações que, conjuntamente discutidas convergem para a resolução de problemas dessa mesma realidade. Neste tipo de estudo, o pesquisador desempenha um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, e acompanha e avalia as ações desenvolvidas em função dos problemas.

A escolha da pesquisa-ação fundamenta-se nesse estudo pela elucidação da relação existente entre os objetivos da pesquisa e os objetivos da ação, sendo estes expressos pelo objetivo prático, tomada de consciência e de conhecimento.

No aspecto prático, contribuir para a melhor compreensão e interpretação das vivências do processo de trabalho dos técnicos de enfermagem da UTIN no equacionamento dos desafios, buscando assim o desenvolvimento de ações concretas, a partir da interação, para o diagnóstico situacional da realidade, planejamento e execução das atividades, avaliação e intervenção voltada para essa mesma realidade. Nesse contexto os desafios levantados foram trabalhados e transformados em potencialidades.

A pesquisa-ação busca o empoderamento da coletividade, conforme Thiollent⁵³ descreve:

“(...)...na pesquisa-ação existem objetivos práticos de natureza bastante imediata: propor soluções quando for possível e acompanhar ações correspondentes, ou, pelo menos, fazer progredir a consciência dos participantes no que diz respeito à existência de soluções e de obstáculos”.

Para o empoderamento da coletividade nesta pesquisa, utilizou-se da

Educação Popular em Saúde (EPS), sistematizada por Paulo Freire. A EPS foi incorporada ao setor de saúde nos anos de 1970, tendo como princípios político pedagógicos fomentar atitudes de participação no sentido de mudar realidades, visando o fortalecimento popular para suas reivindicações, projetando caminhos que levassem a mudança da vida cotidiana das pessoas⁵⁴.

Vasconcelos⁵⁵, afirma que a EPS enfatiza a ampliação dos canais de interação cultural e de negociações do setor, com proposta de reuniões e outras ações, com o objetivo de enfrentar os problemas de saúde locais a partir da integração entre saber técnico e saber popular.

A EPS é baseada no conceito de dialogicidade de Paulo Freire, que entende a essência da educação como prática de liberdade. A “co-laboração”, a “união”, a “organização” e a síntese cultural são as quatro características que fundamentam a teoria da ação dialógica.

A “co-laboração” acontece quando há comunhão entre liderança e as massas populares, para a transformação do mundo. É a partir do diálogo que se funda a co-laboração⁵⁶.

A libertação está relacionada à união, fruto dos esforços das lideranças em juntar os oprimidos que, por sua vez, implica na organização das massas populares, fazendo com que homens e mulheres se descubram como seres transformadores da realidade.

A síntese cultural é configurada em uma modalidade de ação em que, “culturalmente, se fará frente à força da própria cultura, enquanto mantenedora das estruturas em que se forma”⁵⁶. Assim, a síntese cultural utiliza como ponto de partida a investigação dos temas geradores ou da temática significativa do povo, em vez de temas propostos pelas lideranças.

Nesse contexto, essa pesquisa buscou unir os TE e instigá-los para que, a partir da reflexão sobre sua realidade, estes se sentissem desafiados a agir sobre ela, como agentes de mudança.

Partindo dos princípios da pesquisa-ação e da EPS, descritas anteriormente, para a coleta de dados foi escolhido a técnica de grupo focal.

O grupo focal (GF), genericamente, pode ser definido como uma forma de entrevistas com grupos que se baseia na comunicação e na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados⁵⁷.

A principal característica da técnica de grupo focal reside no fato de ela

trabalhar com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema.

Como técnica de pesquisa qualitativa, o GF focal obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo. O GF tem sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas; para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente.

A escolha dessa técnica de pesquisa deu-se pelo objetivo da investigação, para conhecer a situação a partir dos envolvidos e da característica do objeto de estudo. Além disso, permite apreender a dinâmica social por atitudes, opiniões e motivações expressas em interações grupais e explorar as necessidades da equipe.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O material obtido no grupo foi gravado em áudio, transcrito e analisado segundo a análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática⁵⁸.

A análise de conteúdo pode ser definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”⁵⁸”

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm se desenvolvido várias técnicas como Análise de Expressão, Análise das Relações, Análise de Temática e Análise da Enunciação⁵⁸.

Para o presente estudo, a opção pela Análise temática deu-se por ser a forma que melhor se adequou aos objetivos da pesquisa.

A análise temática foi pautada nas percepções da equipe de enfermagem sobre o seu processo de trabalho, seus desafios e potencialidades visualizando-se como finalidade o compreender, no sentir e agir que norteiam os profissionais na construção cotidiana do seu processo de trabalho, que viabilizou o seguimento dos encontros.

As gravações foram ouvidas exaustivamente, para proporcionar uma reflexão e análise mais profundas das falas. Após leitura flutuante do material, foi elaborada, para cada GF, uma tabela (APÊNDICE A) de forma a identificar os temas e significados constantes nas falas. A partir destas tabelas, os temas foram agrupados em grandes temas, apresentados como resultados.

5. CENÁRIO DA PESQUISA

A história do Hospital Santa Lucinda se inicia com a doação de uma área que pertencia ao Grupo Votorantim, no ano de 1950. O Dr. José Ermírio de Moraes doou essa área, que abrigou a Escola de Enfermagem e a Faculdade de Medicina de Sorocaba, que em 1977 passou a fazer parte da Faculdade de Ciências Médicas e Da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

O HSL possui parceria com o governo municipal de Sorocaba, trabalhando também de modo particular e por meio de convênios médicos. Os atendimentos pelo Sistema Único de Saúde totalizam aproximadamente 70% de todos os atendimentos. Aproximadamente 50 municípios utilizam o HSL, totalizando 2,2 milhões de habitantes. É campo de estágio nas áreas de Biologia, Medicina e Enfermagem. Atende especialidades médicas diversas, possui Maternidade, Centro Cirúrgico e UTIN

A UTIN do HSL é composta por 6 leitos de cuidados intensivos e 6 leitos de cuidados intermediários, destinados aos recém nascidos de alto e médio risco nascidos nesta instituição.

A equipe de enfermagem da UTIN é composta por uma coordenadora de enfermagem, quatro enfermeiros assistenciais e vinte e um técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos matutino, vespertino e noturno. Os TE e enfermeiros possuem uma jornada de trabalho de 36h semanais (trabalham 6 horas diariamente com 1 folga semanal), e os trabalhadores do período noturno trabalham 12 horas e descansam 36 horas (12x36). A Coordenadora de enfermagem da UTIN e demais cargos de supervisão e administrativos, incluindo Gerência de Enfermagem e Educação Continuada, tem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Além da equipe de enfermagem, médicos neonatologistas, fonoaudiólogo, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistente social e profissionais da área administrativa integram a equipe de saúde que atua na UTIN.

A UTIN e a Unidade de Cuidados Intermediários estão locados em salas diferentes, porém em um mesmo ambiente, com 1 recepção em comum e 1 sala para ordenha do leite humano.

6. ATORES

Para seleção dos atores, foi enviado um convite aos 21 técnicos de enfermagem que trabalham na UTIN dessa instituição, explicando a proposta do estudo. (APÊNDICE B).

Participaram do GF 04 técnicos de enfermagem do sexo feminino. Inicialmente, a proposta era que os GF fossem constituídos de no mínimo 6 e no máximo 12 pessoas, conforme consideram Chiesa e Ciamponne⁵⁹. No entanto, não havendo maior adesão, optou-se em realizar o GF com o número menor, sem comprometer a coleta de dados.

Estes trabalhadores, que voluntariamente se propuseram a participar do estudo, representaram os três turnos de trabalho e se diferenciaram no tempo de experiência profissional.

7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente o Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP (ANEXO 3) e autorizado pelo Diretor Técnico do Hospital Santa Lucinda (ANEXO 4).

Foram realizados 4 GF atendendo as necessidades dos atores em relação aos temas e discussões. O local dos encontros foi em uma sala de aula nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da PUC/SP, no período vespertino, em horário escolhido pelos atores.

Os grupos foram realizados no período de novembro a dezembro de 2013, em dias e horários de acordo com a disponibilidade dos participantes, tendo um intervalo de 1 semana a um mês entre os mesmos.

Segundo Minayo⁶⁰, a técnica de GF prevê a participação de um coordenador e um observador. Para o desempenho da função de coordenador, a própria pesquisadora responsabilizou em exercê-lo. Para a função de observador, a orientadora da pesquisa o fez.

Os 4 encontros realizados, tiveram a participação de todos os atores, com exceção do último que contou com a participação de 3. A duração dos encontros foi entre 1h26min a 2h51min.

Os encontros foram realizados com atividades disparadoras e conduzidos de acordo com as demandas, discussões e atividades pactuadas com os atores.

Após a realização dos GF, foi descrito um guia de cada grupo, para uma melhor visualização do processo. (APÊNDICE C)

8. RESULTADOS DA PESQUISA

8.1 Caracterização sócio demográfica dos participantes

Conforme observação dos critérios de inclusão e exclusão para participação da pesquisa, e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização para uso de imagem (APÊNDICES D e E), os participantes receberam a tarefa de escolher um pseudônimo para ser utilizado na pesquisa, sob a seguinte regra: **Escolher o nome do profissional de enfermagem que os inspira na vida profissional.**

Os quatro atores foram do sexo feminino, com idade que variou de 34 a 45 anos de idade e tempo de formação profissional de 13 a 27 anos. Assim se nomearam: Ossilma, Júlia, Izabel e Cristina.

8.2 Apresentação dos grupos

8.2.1 Grupo focal 1 - “Eu concordo, nós temos que ajudar. Mas quem nos ajuda? Quem é que entende o outro lado?” (Ossilma)

As 19h15min horas do dia. 05 de Novembro de 2013 de uma terça-feira, chegaram 04 atores de 21 convidados para esse encontro. Foram acolhidas e dispostas em círculo, numa sala de aula da FCMS da PUC/SP, que foi previamente preparada para tornar-se um ambiente mais informal, uma vez que a realização dos encontros no local de trabalho poderia vir a ser um fator negativo para a coleta de dados.

Após a apresentação, assinatura do TCLE, assinatura do termo de consentimento para uso de imagem e realização do contrato grupal, cada uma escolheu o nome pelo qual seriam identificadas durante os encontros, conforme descrito.

O encontro foi coordenado pela pesquisadora e teve a presença de uma observadora que fez os registros e controlou a gravação do áudio.

Iniciamos as atividades com o preenchimento individual da caracterização dos participantes, em seguida, foi aplicada a dinâmica “**O reverso da roda**”, conforme descrita a seguir:

Os atores ficaram em pé e deram-se as mãos, de forma a construir uma roda fechada;

Figura 1 - Foto do Encontro



Fonte: Própria

O jogo consistiu em que o grupo deveria encontrar uma forma de “virar a roda”, de forma que ninguém soltasse as mãos. Assim, todos deveriam ficar olhando para fora e continuar de mãos dadas;

Todos opinaram e tentaram diversas formas para encontrar a solução, experimentando todas as possibilidades;

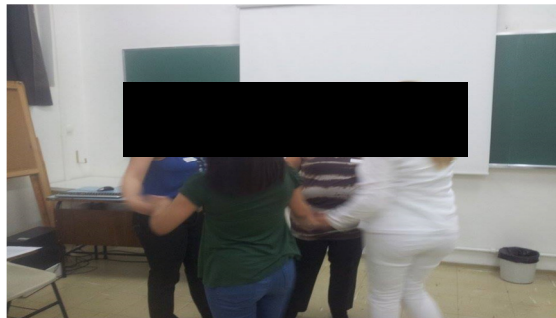
Figura 2- Foto do Encontro



Fonte: Própria

Após aproximadamente 5 minutos, o grupo encontrou a solução: ficaram olhando para fora de mãos dadas e sem cruzar os braços.

Figura 3 - Foto do Encontro



Fonte: Própria

Essa dinâmica foi escolhida por facilitar a aproximação e integração dos atores, descontrair e prepará-los para a discussão de temas que buscariam soluções de problemas. Encerrada a dinâmica, entre aplausos e risadas, as participantes foram convidadas a falar sobre a vivência desta experiência.

A importância e o desafio de trabalhar em equipe foi o primeiro sentimento a ser destacado pelos participantes:

“(...)é um desafio... e desafio sempre desperta alguma coisa forte na gente. E quando a gente consegue com o grupo, você tem uma satisfação muito grande... de que junto a gente consegue (...) Fortalece a equipe.”(Ossilma)

Em seguida, Julia comenta:

“A gente conhece pouco uma a outra, né? (...) colaborando uma com a outra, tentando colaborar com a outra. O grupo como um todo que levou a gente a conseguir.”

Izabel acrescenta,

“A gente trabalhando junto, tem que trabalhar num propósito... falar a mesma língua para dar certo. As pessoas são diferentes... se não falar a mesma língua fica difícil de trabalhar”

A colaboração, respeito ao espaço de cada um dentro da equipe e o foco no objetivo do processo, são pontuados como necessários e como fatores que as tornam semelhantes, fortalecendo-as enquanto grupo.

“Ninguém tentou sozinho... foi a equipe mesmo” (Izabel)

Focar no mesmo objetivo, aproximaram-nas.

As dificuldades enfrentadas no processo de “desatar o nó” solicitado na dinâmica, foi interpretado pelo grupo como as dificuldades vividas durante o

processo de trabalho, como foi colocado por uma das participantes. O “trabalho em dupla”, citado no trecho a seguir, refere-se à rotina estabelecida na UTIN do hospital em estudo:

“Acho que uma boa equipe envolve isso, né? Essa sintonia, a vivência do dia a dia. Eu vejo que a dinâmica foram as dificuldades que nós temos. Falo por nós, temos N dificuldades... Falo por nós, né? setor fechado.. Ainda mais nós que temos que trabalhar de duas... se eu não fizer o mesmo que ela, sem o mesmo pensamento, não vai sair certo...então eu vejo que a equipe quando está em sintonia, há muitos ganhos, né? (Ossilma)

O perfil dos trabalhadores da UTIN começa a ser refletido pelo grupo, após a fala de uma das participantes, que causou certo desconforto no grupo, iniciando uma série de colocações sobre o tema:

“Eu estava pensando aqui nos braços cruzados na dinâmica... focando lá no meu trabalho, tem pessoas na nossa equipe que infelizmente nunca descruzam esses braços... Você tem que confiar na sua equipe de trabalho, certo? A equipe é isso, são meus olhos quando não estou...” (Cristina)

Nessa fala, observo que nas 2 últimas linhas, a participante refere-se ao enfermeiro do plantão, traçando um paralelo entre o perfil profissional da equipe de TE e a confiança depositada neles pelo enfermeiro enquanto líder de equipe. A confiança e respeito seguem como características fortes do trabalho em equipe.

O remanejamento de funcionários de outros setores para cobertura de folgas, faltas e necessidades diversas da UTIN, é percebido como um fator preocupante, uma vez que a obrigatoriedade faz com que colaboradores fora do perfil profissional exigido para atuar em UTIN, assumam os cuidados:

“(..) aí chega uma funcionária na porta e fala assim:...eu não gosto de criança, eu não sei o que estou fazendo aqui, não sei por que me mandaram aqui.. e foi um dia ruim pra gente, isso dói pra gente. Se essa pessoa fizesse parte da minha equipe, será que eu iria conseguir confiar nela? Na hora que ela chegou na porta e falou isso, falei: vou chamar a enfermeira, espera aí um minutinho...” (Cristina)

O grupo então se comove com o comentário, debate sobre o perfil profissional dos trabalhadores de enfermagem e pontua a necessidade do resgate do comprometimento e amor à profissão, fixando o olhar no objetivo e resultado do trabalho:

“(...) é a satisfação de que quando você tem o mesmo foco, tudo fica melhor, e é tanto na vida pessoal, como na dinâmica mesmo, na vida profissional tem que ter isso, né? As pessoas tem que resgatar isso” (Ossilma)

A discussão segue e, ao término das reflexões sobre a vivência da dinâmica aplicada, realizo a leitura em voz alta de uma história verídica, escrita por uma mãe

que gentilmente me enviou um depoimento baseado em sua experiência vivida na UTIN no HSL, como contribuição e agradecimento à equipe. Os participantes foram convidados a fecharem os olhos e visualizarem a história, conforme fora acontecendo.

O objetivo da leitura dessa história foi tornar-se um disparador para iniciar a reflexão sobre o processo de trabalho na UTIN. Segue o depoimento, na íntegra:

A HISTÓRIA DE ANINHA

“A ANA foi uma criança muito desejada. A notícia da gravidez foi comemorada com muita alegria por toda a família. Meu marido e eu estávamos casados há um pouco mais de um ano, após um namoro de 10 anos.

A ANA nasceu dia 13 de outubro de 2009, com 38cm e 1025g, no hospital Santa Lucinda - Sorocaba. Sua gestação precisou ser interrompida com 29 semanas, porque tive pré-eclampsia.

Tudo aconteceu muito rápido. Fui internada com quadro de pressão alta no dia 11 de outubro, e no dia 13, pela manhã, o médico comunicou que teria que fazer meu parto com urgência, pois minha filha e eu corríamos risco.

Mãe de primeira viagem, tinha ciência de que minha bebê precisaria ficar internada na UTI Neonatal, mas por ignorância, imaginava que ela ficaria lá somente para ganhar peso, crescendo e engordando dentro da incubadora. Infelizmente, eu estava totalmente enganada, pois seria muito mais difícil do que eu imaginava.

Nunca me esqueço do primeiro dia em que vi minha pequena ANA. Minha impressão foi a das piores. Aquele monte de aparelhos, a sonda, o tubo e aquele bebezinho ali, tão frágil, com a pele ainda transparente. Seu pezinho era mais fino e menor que o polegar da minha mão. Começava ali uma rotina difícil e dolorida, que durariam dois meses.

Por conta da hipertensão incontrolada, fiquei internada durante cinco dias. Foi muito triste receber alta e não poder levar minha filha comigo para casa. Neste período de internação, fui muito bem orientada pelas técnicas de enfermagem e a fonoaudióloga, em relação à ordenha de leite, o que garantiu que minha bebezinha pudesse ser alimentada exclusivamente de leite materno, através da sonda.

Após a alta hospitalar, ia todos os dias para a UTI Neonatal do Santa Lucinda fazer a ordenha e ver minha filha. Sem poder ainda pegá-la no colo, ficava ao lado da incubadora, somente olhando para ela e fazendo minhas orações. Era uma sensação de impotência absurda diante daquele ser tão frágil!

Todos os dias, meu marido e eu aguardávamos ansiosos o momento de conversarmos com as pediatras, para sabermos da evolução de nossa pequena. Entretanto, na maioria das vezes, ficávamos desanimados e tristes com a frieza com que as médicas nos passavam a informação. Lembro-me bem que fiquei desesperada ao ouvir de uma pediatra que minha filha estava com uma hemorragia no crânio. Nossa, fiquei sem chão, desesperada, mas fui consolada por uma técnica de enfermagem, dizendo que todos os bebês prematuros apresentavam esse quadro de hemorragia. Fiquei mais tranquila.

Nos primeiros quinze dias de vida, a ANA evoluiu bem. Em cinco dias foi retirado o tudo e ela passou a respirar com o auxílio de outros recursos, o que nos proporcionou pegarmos nossa filha no colo pela primeira vez. Foi uma sensação inexplicável!

Vibrávamos com cada grama de peso que ela ganhava e a cada ml de leite aumentado em sua dieta. E toda alegria era sempre compartilhada com as enfermeiras e técnicas de cada plantão.

Entretanto, como diziam as auxiliares, “os prematuros são uma caixinha de surpresa”, e com dezesseis dias de vida a ANA apresentou febre. Era o início de uma infecção muito grave no aparelho urinário. Foram dias horríveis, em que achei que iria perder minha pequena. Presenciei paradas cardíacas e minha filha voltando novamente a respirar através do tubo.

No dia em que a Lara ficou pior, lembro-me de que conversei com uma pediatra e ela me disse: “já fizemos tudo que podíamos, agora é com o “Cara” lá de cima. Naquele dia senti que estava perdendo a criatura mais importante da minha vida. Desabei a chorar. Decidi então que queria que minha filha fosse batizada, pois se ela fosse embora, gostaria que pelo menos ela tivesse o Sacramento do Batismo.

Chamamos então um Padre, que realizou o batizado ali na UTI, com a ANA dentro da incubadora. A enfermeira que estava naquele plantão foi muito compreensiva, deixando que o Padre entrasse e realizasse o Sacramento. Ela ficou inclusive ao nosso lado, com outras duas auxiliares, no momento da singela cerimônia de Batismo.

Todo o peso que a ANA ganhou nos primeiros quinze dias foram perdidos. Chorava constantemente próximo à entrada da UTI, e era sempre consolada pelas plantonistas. Apegava-me às histórias contadas por elas de prematuros bem sucedidos. Tínhamos que começar tudo novamente e precisávamos ser fortes. Mas após o Batismo, ocorrido dia 01/11/2009, a ANA começou a melhorar progressivamente.

Dia a dia a ANINHA ganhava peso e melhorava sua capacidade pulmonar, até que o tubo foi retirado e pudemos pela segunda vez pegar nossa pequena no colo. Foi uma sensação maravilhosa, que parecia ser a primeira vez, depois de tudo o que ela tinha passado.

Depois de alguns dias, a ANA foi transferida para a semi, onde estavam os bebês com melhores condições de saúde. Foi uma alegria imensa! No dia 13 de novembro, enfeitamos a incubadora com bexigas e comemoramos o primeiro mês de vida da ANA, com direito a bolo! As auxiliares de enfermagem festejaram conosco.

Nesse período, a ANINHA estava pesando 1400g, e começou a mamar no peito. Com a ajuda da fonoaudióloga e das técnicas, minha pequena foi aprendendo a sugar e eu fui aprendendo a amamentar. Cada sugada era comemorada com muita alegria. Eu chegava ao hospital por volta de 7hs, e ia embora por volta de 22hs, com meu marido, que ia visitar nossa pequena à noite. Passava o dia fazendo mãe canguru e amamentando a ANINHA.

As técnicas de enfermagem ensinaram-me a trocar minha filha e a banhá-la. Tudo isso para mim era novo, pois eu era mãe de primeira viagem. Com as plantonistas, fui perdendo o medo de cuidar de um bebezinho tão pequenino e frágil.

Foram 59 dias de internação, até que em 11 de dezembro de 2009, minha pequena guerreira recebeu alta e pudemos levá-la para casa, pesando 1900g e medindo 44cm.

Na UTI Neonatal do Hospital Santa Lucinda convivi com mães na mesma situação que a minha. Apreendi a dar valor a pequenas coisas, aprendi a ser mais humana. Apreendi a cuidar da minha filha, a trocá-la, a banhá-la, a amamentá-la. Enfim, aprendi a ser MÃE. E só tenho a agradecer às minhas professoras - técnicas e enfermeiras - que me tornaram uma mãe ainda mais dedicada e mais forte.

*Hoje minha ANINHA tem quatro anos. É uma criança super saudável, inteligente e feliz! Ela ganhou há dois meses um irmãozinho lindo chamado Pedro *!*

Ao término, as participantes choravam e sorriam, emocionadas. Ouvindo esse relato vamos pensar no trabalho de vocês: **Como você avalia o seu processo**

de trabalho, como técnico de enfermagem da UTIN do HSL? Os participantes foram convidados a refletir sobre as vivências da vida profissional neste hospital.

Os aspectos do relacionamento entre a equipe de enfermagem e os “pais de UTI” são destacados logo no início das reflexões. Há uma identificação entre o profissional e a família, pois, entendem que ambos enfrentaram várias dificuldades. A formação do vínculo é colocada como geradora de empatia entre eles:

“Tanto ela quanto a gente enfrentamos várias dificuldades, né? Esse bebê é prematuro, tá grave, daqui a pouco ela vê aquela recuperação e daqui a pouco aquela recaída. Então a gente passa pelo mesmo processo, né? A gente tá tentando fazer de tudo também, né?... O trabalho da gente não é só profissional, dos cuidados, mais do papel afetivo, do emocional, tem que dar apoio... Numa hora dessas, não adianta você ignorar, dar as costas, porque eles precisam, eles precisam de força” (Izabel)

As atribuições do TE vão além do trabalho técnico. A eles, também é conferida a dura missão de estabelecer vínculo, estar presente e acolher os pais nesse momento de maior fragilidade física e emocional, que é a hospitalização de um filho em uma UTIN.

O vínculo criado principalmente nas internações prolongadas é fonte de stress e sofrimento da equipe. O apego ao RN e à família é citado por uma das participantes:

“Principalmente esses que precisam mais, ficam mais tempo com a gente. Querendo ou não, a gente cria um vínculo. A mãe e a gente sempre tem uma esperança, né? Que melhore, que saia... a gente se apega, se apega ainda mais porque parece que quanto mais precisa, mais você dá, né?” (Julia)

Os sentimentos despertados nessa convivência com o RN hospitalizado na UTIN, família, aliados à internação prolongada foram fortemente discutidos como fatores diretamente relacionados ao processo de trabalho. Aproveito para questioná-los, como eles percebem esses sentimentos no processo de trabalho, e se eles interferem de alguma forma:

“A gente acaba se apegando, né? Mas não que atrapalhe...” (Julia)

Fica evidente que o vínculo, conforme citado, gera o apego e reflete em sentimentos velados:

“A mãe contou uma história dela, do sentimento dela... e o nosso psicológico, tudo o que tivemos que passar nessas recaídas que o bebê teve? Nós também sofremos” (Ossilma)
“(...) uma mãe que fica dois meses,...ela vai ser mais agradecida no final da internação...nesse período eles cobram muito do nosso sentimento e assim não valorizam...Nós também sofremos, cada um tem uma personalidade e age de uma forma.....” (Ossilma)

A seguir, outra participante começa a expor as dores do processo de trabalho e o conflito interno de sentimentos:

“As vezes, esse processo longo de internação desgasta muito o psicológico da gente, porque cada dia você encontra tanto a mãe quanto o bebê de um jeito. E nós, como cuidadoras, nós temos que nos manter os mesmos... então a gente tem que estar sempre brigando com os nossos sentimentos” (Julia)

Acrescentando a fala da colega, outra participante faz a seguinte reflexão:

“eu concordo com isso, nós temos que ajudar. Mais assim, quem que ajuda a gente? Quem que me entende, quem entende o outro lado?” (Ossilma)

Então questiono de onde vem o apoio emocional necessário e imprescindível para seguir em frente na profissão. Porém, a pergunta não é respondida e as reflexões sobre os sentimentos despertados durante o processo de trabalho, revelam-se fragilidades escondidas no interior da alma de cada participante, que expõe com lágrimas nos olhos, as angústias que mantêm em segredo:

“As vezes você faz o melhor de você, você dá tudo o que pode mas mesmo assim não consegue atingir seu objetivo... as vezes você vai embora com um sentimento de que se tivesse feito, ainda...” (Julia)

A frustração é sentida pela participante ao acreditar que existe a possibilidade de não ter feito o que era necessário para reverter alguma situação que fora julgada como fora do seu alcance. Julia acrescenta o sentimento de culpa com o qual convive:

“Eu ofereci... quer pegar o bebê no colo? Ela disse assim: não, eu estou com pressa, vou embora e a noite eu volto. Só que quando essa mãe retornou a noite, já não podia mais pegar o bebê no colo, o bebê tinha piorado e estava intubado. Eu pensei assim comigo: eu devia ter insistido para mãe pegar ele no colo” (Julia)

O sentimento de impotência que foi vivenciado ao se deparar com uma questão que estava fora do seu alcance foi revelado:

“Eu me senti impotente. Eu sentei com a mãe, eu conversei com a mãe. Mas mesmo assim, eu estava com aquele pensamento: eu devia ter feito alguma coisa diferente!... Essa menininha já está grande, mas eu olho prá ela e lembro desse episódio, esse episódio ficou na minha cabeça, entendeu?” (Julia)

Tamanha foi a ênfase que Júlia deu enquanto discorria sobre o fato, que me senti instigada a questioná-la sobre quanto tempo fazia deste ocorrido e se houve alguma interferência emocional posterior no seu agir enquanto TE:

"Faz mais ou menos um ano e meio... Eu estava cuidando desse bebê e tinha outro bebê ao lado, mais grave. Então, a atenção estava toda voltada para o outro bebê. Aí eu percebi que a saturação começou a cair, comecei a chamar a enfermeira, a médica. Todo mundo atendeu, mas foi marcante para mim." (Julia)

Izabel chama a atenção do grupo para questão do dimensionamento de pessoal e a convivência com a sobrecarga de trabalho:

"(...)a parte da humanização, as vezes a gente não consegue oferecer para a mãe... a gente tem muito trabalho a equipe as vezes tem poucos funcionários e tem vários RNs para cuidar, então você não consegue oferecer para a mãe o que ela está esperando...a gente fica correndo pra lá e pra cá, não tem tempo...explicar os procedimentos é necessário...a gente esquece da parte da humanização"

Baseando-me nas colocações dos participantes e na preocupação em não atender às expectativas das mães, questiono o grupo se existem fatores que dificultam a humanização na UTIN:

"Às vezes você entra no plantão, tem poucos funcionários e muita coisa para fazer. Você não tem tempo às vezes, mas isso não acontece todos os dias. Essa parte de humanização, em alguns momentos eu acho que falha" (Julia)."

A comunicação também é colocada como dificultador do processo de trabalho. Uma participante interrompe para contar um caso que vivenciou há pouco tempo da realização deste encontro:

"(..) um caso muito grave...um filho muito esperado, um casal que se preparou para aquele filho e que quando o bebê foi colocado no alojamento conjunto, foi percebido que ele estava gemente. Quando chegou na UTI já estava saturando em 39, foi intubado às pressas, uma piora progressiva em minutos. E eu fui levar a cartinha de internação para o quarto e imaginei que estavam conversando com o pai com a mãe, né? Eu descii levar a cartinha de internação e fiquei aguardando... chega o pai também, e eu não sabia que era o pai, e a família toda esperando na recepção, e eles assim: E aí? E o bebê? Sabe o bebê estava no quarto com a gente e de repente o bebê ficou cansadinho... Aí veio uma moça e falou: Está cansadinho... E entrou uma outra mulher e levou ele e não sei pra onde... E até agora a gente não sabe o que aconteceu..." (Cristina)

Na fala da participante, ela contempla a falha na comunicação entre as equipes de diferentes setores, entre os integrantes da mesma equipe, fragilidades no relacionamento família e equipe de enfermagem e a falta de rotina específica. Afinal, de quem seria a responsabilidade de comunicar a família sobre o que estava acontecendo? Questiono a mesma participante sobre como esse fato poderia ter sido diferente:

"Não saberia né? Geralmente a gente aborda a família depois, daí a gente orienta. Como eu agiria? Eu não posso dar maiores informações do caso da

criança, mas eu acho que o fato de você olhar, eu sempre entro lá e falo bom dia. Não dei nenhuma informação técnica, não falei o quadro do bebê mas ele viu que alguém enxergou ele...ele veio só para a maternidade, não para o hospital...ele veio para a plaquinha na porta, para os presentinhos...”
(Cristina)

Novamente a empatia, aliada à humanização, vinculada ao respeito pela posição fragilizada ocupada pelos pais em determinadas situações, é uma característica forte do depoimento. A participante refere-se ao fato de que, muitas vezes, os profissionais omitem informações aos pais, deixando até mesmo de realizar um acolhimento adequado seja por falta de treinamento de abordagem, falta de atribuição de responsabilidades, rotina específica, ou “barreira” pessoal.

“Foi informação pedida. E eu ali na recepção não podia me opor naquele momento. Eu ouvi levei para UTI, para a médica. E ela tomou uma atitude na hora. Mas eu acho que a comunicação foi perdida ali. Eu vejo por nós, né? Quando alguém fica doente, eu ligo para o pediatra que trabalha comigo, porque eu tenho esse vínculo. Agora, imagina alguém que nem conhece o hospital, ele só veio para a maternidade, ele não veio para o hospital. Imagina a angústia que deve gerar, né? Eu acho que hoje existe essa falha, eu acho que além da correria do momento, alguém da equipe tem que conversar, seja quem for.” (Cristina)

A angústia que é despertada quando os papéis são supostamente invertidos, gera uma longa reflexão acerca do fato de o TE não dispor de condições, treinamento próprio e até mesmo conhecimento para a abordagem da família inserida na UTIN. Dessa forma, acrescenta:

“Eu acho isso falho, eu acho que todos da equipe temos que ter esse treinamento de abordagem. Todos! Porque se ele (o pai), não confiar no TE do filho dele, como que vai fazer?” (Cristina)

Insisto na questão de **como eles avaliam o processo de levarem o RN para a UTIN sem comunicar os pais:**

“Eu acho que houve uma falha no processo antes de vir pra nós, porque quando você recebe um bebê na UTI, você entende que já foi conversado com essa família. Ele veio de fora para dentro. É diferente de quando tem intercorrência dentro da UTI. Mais vindo de fora pra dentro perdeu-se um caminho” (Cristina)

Pergunto se eles acreditam que houve alguma falha na comunicação entre a equipe da unidade de internação e da UTIN:

“(...) a parte da comunicação é sempre complicada” (Ossilma)

Cristina segue com outro exemplo de falha na comunicação:

“(...)o bebezinho precisava receber um concentrado de hemáceas e a mãe achava que se não doassem o sangue, o bebê não iria receber... É uma forma de comunicação errada”

As competências do enfermeiro emergem na discussão e a liderança é

pontuada como fundamental no reconhecimento das fragilidades de sua equipe, referindo-se às falhas na comunicação citadas acima e no enfrentamento na relação da equipe com as mães:

*"(...) e eu acho que o líder tem que conhecer cada um dos profissionais, saber as qualidades de cada um, para poder agir nas deficiências..."
(Cristina)*

Uma das formas para o enfrentamento das diversas situações apresentadas durante as discussões foi evidenciada por Ossilma:

"Eu falo por mim, não teve nem um dia em que eu deitei na cama e falei - não fiz meu trabalho direito. A criança morreu, mas isso tem uma força maior que a gente, pois não somos Deus. Então, tem uma hora que por mais que a gente faça, não consegue mesmo... porque não era para ser assim. Então a gente tem que trabalhar muito esse lado emocional, é complicado".

Seguindo as reflexões sobre o processo de trabalho, entre risos e lágrimas, e observando maior entrosamento entre as participantes, o conhecimento pessoal entre elas que se restringia ao momento da passagem de plantão, passava-se a se assemelhar.

Cristina revela que outra dificuldade do trabalho de equipe é a competição que muitas vezes surge:

"Tentar sempre ser uma equipe, né? A gente tem que respeitar o jeito de cada um e o trabalho de cada um. Nós somos diferentes, cada um conversa de um jeito, um conversa menos...mas o objetivo é o mesmo"

Ossilma acrescenta:

"Quando não tem competição, o serviço sai melhor... quando não tem esse espírito de competição, o serviço sai bem melhor..."

O relacionamento interpessoal entre os turnos e entre os membros do mesmo turno é percebido como um ponto dificultador do processo de trabalho que necessita de compreensão e respeito para ser superado diariamente. As diferenças pessoais que interferem na condução das ações são avaliadas. Ossilma ressalta a importância de respeitar a individualidade de cada membro da equipe:

"É legal quando você consegue entender que na sua equipe tem pessoas diferentes mas que estão com o mesmo propósito!... que meu banho chega na mesma finalidade que o dela mas com processos diferentes...Eu e a colega já tivemos divergências, agora dividimos o mesmo ambiente... tem que ter respeito".

O trabalho em uma UTIN é algo que propicia os conflitos. Tratando-se de um setor crítico e também conhecido como "setor fechado", revela-se como um espaço

de ampla convivência e dedicação exclusiva. A UTIN em questão possui um quadro de profissionais de enfermagem formado por mulheres.

Quando o grupo começa a refletir sobre a qualidade do processo de trabalho e sobre a produtividade, muitas vezes exigida, a valorização profissional é sentida como uma fragilidade do processo:

“A gente que pensa, que cobra... então eu vejo que quando você começa a questionar, muitas vezes você é barrado, sim!” (Ossilma)

“(...) eu faço todo dia, vou aprendendo, vou aprimorando, vou cobrar... a gente começou a questionar...” (Cristina)

Aprender, aperfeiçoar e refletir sobre a prática, desperta uma postura mais ativa diante do processo. A postura crítica é capaz de levá-los a um movimento de mudança que os tira da posição tecnicista para dar sentido às ações que executam:

“Não gostaram quando fui abordar aquele pai na porta, porque não era minha função. E não é que desacatei alguém, o médico e o enfermeiro estavam ocupados prestando assistência e eu não estava... então não me custou nada... às vezes você é mal interpretado por esse motivo. Uma vez ouvi que sou uma técnica frustrada... eu sou uma técnica que gosta de trabalhar. E isso é uma coisa que magoa a gente” (Cristina)

O sentimento de mágoa despertado na leitura dessa fala fica evidente em cada linha que segue. É como se essa profissão não fosse uma escolha, mas uma falta de escolha.

A liderança do enfermeiro na passagem de plantão é citada como necessária para amenizar conflitos, dificultando a dispersão das equipes em assuntos desnecessários e para a manutenção do foco no processo:

“Eu acho que isso é uma questão do enfermeiro mesmo... a atuação do enfermeiro nessa hora é muito importante para não gerar discórdias... você tem que ser líder para não criar atrito” (Cristina)

Percebendo a necessidade que o grupo coloca de ter o enfermeiro liderando a equipe, sobre diversos aspectos do processo, pergunto se a atuação deste minimiza os atritos entre as equipes:

“Reunião de equipe, nós não temos!... nós não temos entrosamento entre as equipes, nós não temos reuniões. Por exemplo, ter uma reunião dos enfermeiros, todas equipes passam o que aconteceu, o que mudou...” (Ossilma)

Parte dos atritos é observada pela falta de reuniões de equipe e entre as equipes, que seriam momentos de desfazer mal entendidos e/ou outros pontos que se façam necessários no momento. O grupo alerta para as divisões entre as equipes, descaracterizando a continuidade do trabalho, que é uma característica do

trabalho em enfermagem:

“(...) acho que isso ajuda... vamos sentar um pouquinho hoje, o que aconteceu hoje de manhã, o que está acontecendo?...e não existe isso. É uma falha muito grande. Você gera rivalidade, você separa as equipes, e como você vai separar as equipes num atendimento de 24h? Precisamos trabalhar juntos, desfazer os comentários que fizeram a respeito de uma e outra, entendeu?” (Ossilma)

Trabalhar juntos significa sentir-se parte da equipe e ter voz ativa no processo de trabalho, não sendo um mero executor de tarefas. A reunião de equipe além de ser o momento de integração, seria a oportunidade de o enfermeiro exercitar a gestão participativa, resolvendo instantaneamente algumas questões, e extraíndo contribuições dos demais para a elaboração de estratégias para resolução de questões mais complexas.

O relacionamento interpessoal novamente emerge embutida na fala de Cristina:

“A gente tem que criar esse laço porque nós ficamos juntos, mais do que eu fico com os meus filhos, com o meu marido, então eu tenho que ter esse respeito...”

Sobre a rivalidade sentida entre os plantões, o grupo coloca que uma das causas são as pendências que ficam de um plantão para o outro, e que muitas vezes para evitar esse problema, o trabalhador entra em processo de exaustão:

“Uma coisa grandiosa que aprendi: aprender a dizer não. Tenho três incubadoras para lavar, eu falo que não dá tempo! Aprenda a falar que você não pode! É necessário ter alguém na equipe que te ensine isso. Todo mundo tem limite, mas a gente entra num ritmo tão acelerado que a gente esquece isso” (Cristina)

Julia acrescenta que as pendências podem ser resultantes do tempo que foi utilizado em outra atividade, de maior importância para o momento:

“Você consegue por em ordem as coisa depois, mas às vezes uma conversa com uma mãe que está precisando, não”.

Ainda sobre as prioridades no processo de trabalho:

“Você faz esse trabalho todos os dias então você chega, já tem noção do que tem de fazer. Geralmente priorizar, é dar um bom atendimento a um recém-nascido... às vezes priorizar, para algumas pessoas, é passar o plantão em ordem” (Julia)

Ossilma acredita que outro ponto importante que faz com que os plantões sintam-se incomodados com pendências deixadas pelo plantão anterior, é o fato de eles não se conhecerem:

“As equipes não se conhecem... a gente se vê pouco, “oi”, “bom dia”, “boa tarde”... a gente não se conhece”.

A falha na comunicação entre o enfermeiro e a equipe de TE, é sentida como presente e prejudicial para o processo de trabalho:

“Depois que você faz você descobre que mudou aquela rotina, então mudou a rotina de trabalho e nada de informações. Tem coisas que a gente acaba ficando perdida, você foi cobrado que você não fez e você nem sabia que era para fazer” (Ossilma)

Percebo que o sentimento de exclusão da equipe é marcante nas falas:

“Um protocolo novo... o médico passou para o enfermeiro e o enfermeiro não deu informações certas para nós. Uma informação guardada na gaveta...” (Cristina)

A liderança do enfermeiro nesse processo é novamente questionada e o grupo sinaliza para a necessidade de valorização do seu trabalho:

“isso é uma falha do líder. Por que tem o conhecimento dessa informação e não partilhou com a sua equipe, só que quem vai prestar o atendimento?” (Cristina)

Sim, sinto e percebo que o grupo está sinalizando e pedindo para que a sua categoria profissional tenha o reconhecimento profissional que merece. Elas querem ser ouvidas e respeitadas, sentirem-se parte da equipe de enfermagem:

“É como se você fosse um tarefeiro, chega, faz sua parte e vai embora. Às vezes é assim que eu me sinto...” (Julia)

O modelo tecnicista é forte na declaração acima. As participantes se exaltam, pois sentem necessidade de dar sentido ao seu trabalho. Aproveitam o espaço para reafirmar a dor sentida por não terem o potencial explorado:

“Nós não somos cuidadores sem cabeça, somos cuidadores pensantes! A gente pensa, a gente tem idéias para dar...” (Julia)
“(..) não pode ser assim... não que eu vá realizar o procedimento, mas eu tenho que saber para comunicar o enfermeiro que alguma coisa está errado. Se eu tenho o conhecimento, eu sei diferenciar isso...” (Cristina)

É interessante quando Cristina revela que quer ser reconhecida como TE, e que sua profissão é fruto de sua escolha:

“Eu tenho orgulho do que eu faço, de ser técnica, ninguém me obriga a fazer o que eu faço”.

Bonito, não?

Sobre os treinamentos dentro da equipe, incluindo o processo de admissão de novos TE, há um descontentamento intenso entre as participantes, que revelam a

fragilidade presente no campo da educação continuada:

"Falta treinamento dentro da UTI, mesmo prá mim com 15 anos de casa". "É necessário, você sempre aprende coisas novas" (Cristina)."

"Os funcionários novos...eles falam que é pra colar nos antigos, mas assim não dá certo..." (Ossilma)

"(...) na verdade, se torna um interesse de quem está entrando, de buscar as informações e o conhecimento" (Cristina)

O esboço de uma potencial estratégia para solução desse problema é pensada e colocada por Cristina:

"(...) ele tem que buscar a rotina, mas o inicial, alguém tem que mostrar para ele. Alguém tem que falar o que deve ser feito, explicar o porquê das coisas. Você tem que dar sentido as ações, não é só dizer as obrigações".

A tecnologia leve é explorada por Júlia:

"Às vezes, priorizar para algumas pessoas é passar o plantão em ordem, o que eu não acho correto... O cuidado com um RN, uma conversa com uma mãe, eu acho mais interessante que passar o plantão em ordem. Isso, você consegue por em ordem depois, mas uma conversa com uma mãe que está precisando, não."

Ainda explorando assuntos referentes à tecnologia leve, Júlia acrescenta as dificuldades sentidas pelo TE do período noturno:

"Durante o dia, às vezes tem cursos, alguma coisa que o noturno não tem. Então cada um faz o seu trabalho e vai embora. É como se você fosse um tarefeiro, chega, faz seu trabalho e vai embora... é assim que eu me sinto. Às vezes muda a rotina, de dia, e a gente não recebe as informações."

O remanejamento de TE também é sentido como um ponto dificultador do processo e que merece atenção, uma vez que pode afetar diretamente na qualidade da assistência e sobrecarregar os TE com mais tempo de experiência profissional:

"Agora saiu uma TE de licença médica e outra está de férias. Então, remanejaram os plantões e ficou faltando um TE em cada plantão... Ou na Pediatria ficou faltando, porque tiraram da Pediatria e colocaram na UTIN. Então quer dizer, é só um funcionário que está faltando? Quando você tem um funcionário treinado, você consegue, é só dar uma força. No nosso caso, são funcionários novos." (Ossilma)

Júlia utiliza a sua experiência para exemplificar o sentimento de uma recém-admitida para a função de TE:

"Um belo dia, o enfermeiro resolveu me dar um treinamento. Foi o pior dia da minha vida... Ele resolveu falar tudo em um dia, tudo mesmo! Falou tanto, tanto, que eu não consegui guardar nada. Deu-me uns três artigos para ler, foi um castigo para mim. Eu não aprendi nada e fui embora"

frustrada."

Muito interessante quando as participantes começam a concluir todas as vivências expostas nesse primeiro encontro, em uma única e forte reflexão:

"O olhar está morrendo! Estão nos esmagando tanto que as nossas ações estão limitadas. Eles tratam os TE assim: Olha, vai lá, limpa lá, passa lá...E estão agindo desse jeito! Vão acabar fazendo medicação em pessoas mortas, porque não sabem mais olhar, apenas executar" (Cristina)

Não precisarei citar o quanto esse relato movimentou o grupo. Julia comenta que um dos fatores que contribui para essa perda do "olhar", conforme citado, é a desvalorização no campo da tecnologia leve, com uma assistência focada nas rotinas:

"O mais importante na UTIN é o RN. Só que às vezes a gente não dá importância para o mais importante e você acaba fazendo outras coisas. Você não enxerga ele!... Passa o plantão inteiro e nem olha para o RN. Faz tudo, faz tudo, e não olha para ele."

As reflexões, cada vez mais profundas, continuam em torno dos mesmos pontos já citados anteriormente. Chamo a atenção do grupo para a necessidade de término das atividades desse 1º encontro. A despeito dessa solicitação, algumas considerações passam a ser colocadas, até mesmo entre lágrimas. Refletem sobre os significados e a experiência de estar em grupo:

"Essa é a primeira oportunidade que nós como equipe, estamos tendo pra falar. A gente está enxergando a realidade de como é trabalhar de dia, de noite... e as dificuldade que tem de dia, tem de noite, né? E acho muito legal essa troca de experiências" (Cristina)

A falta do reconhecimento do trabalho da equipe de TE por alguns profissionais da classe médica, é revelada com sentimento de tristeza:

"Nós comunicamos o médico e ele disse "já vem vocês inventando moda, procurando pêlo em ovo... não é que a gente procura pelo em ovo, é que a gente olha e vê o bebê. É a desvalorização da nossa fala. Eles acham que não sou capaz de ver isso..." (Cristina)

Reafirma sua convicção na profissão escolhida e ressalta a capacidade de entendimento de suas atribuições:

"Isso é muito frustrante prá mim, como profissional... Apesar de eu ser técnica de enfermagem, eu sou capaz e muito confiante no que eu faço. Nós não temos autonomia para resolver o problema, mas capacidade de identificar, nós temos, sim!" (Cristina)

Encerra com um questionamento preocupante, que revela o risco da perda da auto-estima, por conta da profissão:

“Eu acredito que se as coisas continuarem como estão, eu não vou ter mais importância daqui uns dias, você concorda?” (Cristina)

Ossilma pontua com convicção e propriedade:

“Quem vai determinar o fim do técnico é o COREN e o COFEN... Mas ainda não, nós estamos aqui trabalhando, somos uma profissão, estamos atuantes! Nós temos uma carreira, nós temos sonhos”

Peço então, para que reflitam sobre os pontos facilitadores do processo de trabalho e as potencialidades, diante de tantas fragilidades expostas. A coordenação de enfermagem da UTIN foi citada como potencialidade:

“Ela valoriza nosso trabalho, e é por ela que a gente vem às vezes... ela faz a diferença na UTIN. O tanto que ela respeita a gente... Do jeitinho dela ela consegue fazer a gente ficar. E muitas vezes a gente não desiste porque sabe que ela está contando com a gente” (Cristina).”

Com o tempo programado para a realização do encontro excedido, convidei-os a refletirem sobre os diversos aspectos da prática profissional até o próximo encontro, encerrando as atividades.

MINHAS IMPRESSÕES: Uma vez que 21 convites foram enviados nominalmente e a data e horário definidos após observar a preferência da maioria, fiquei muito preocupada com a presença de apenas 4 participantes. No início das atividades, havia tensão entre eles e um silêncio que chegava a incomodar. Após leitura do TCLE e aplicação da dinâmica, aos poucos o grupo começou a se integrar. Embora a dinâmica tenha sido escolhida e aplicada com o objetivo de integração e descontração para facilitar o início da coleta de dados, o resultado foi inesperado e surpreendente. Além de atender fielmente ao objetivo inicial, os participantes transportaram a experiência para a prática profissional, estabelecendo ligações que resultaram em reflexões pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Os sentimentos marcaram esse encontro, e foram aflorados em meio a muitas lágrimas. O grupo se fortaleceu no decorrer dos minutos, e até horas, que se passavam, o que muito dificultou o encerramento das atividades no tempo previsto. A despeito das solicitações tímidas para o término, o grupo seguia firme nas reflexões sobre o processo de trabalho, enriquecendo ainda mais a pesquisa.

Uma vez que a metodologia da pesquisa-ação prevê que o grupo é responsável por levantar as necessidades e que naquele momento a principal necessidade era a de “falar”, “compartilhar” e também “ser ouvido”, não precisei ser

tão rigorosa com o tempo, me restringindo ao papel apenas de sinalizá-los sobre a passagem do tempo.

Após o encerramento da atividade e após cada vez que ouvi a gravação do áudio e reli a transcrição das falas, reafirmei a certeza de que, embora com apenas 4 participantes, a equipe de TE estava ali muito bem representada e que a riqueza de informações não estava comprometida. Grupo heterogêneo, composto de pessoas fortes e convictas dos ideais de sua profissão. Tive a sensação de que havia muito a ser explorado e construído.

8.2.2 Grupo focal 2 - “Eu não quero ser uma máquina. Eu quero ser uma pessoa que cuida de pessoas, pensando” (Julia)

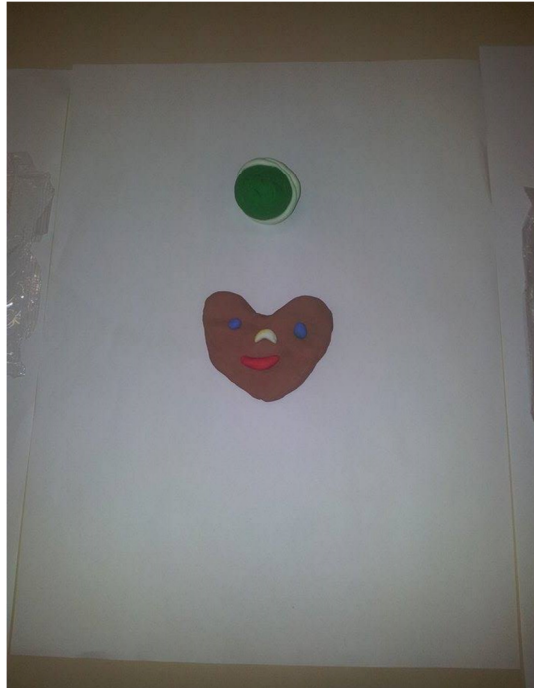
O segundo encontro aconteceu no dia 19 de novembro de 2013. Teve início às 14h30min e terminou às 16h37min. Novamente, foram acolhidas e dispostas em círculo numa sala de aula da FCMS da PUC/SP, com o mesmo propósito citado anteriormente. Nesse dia estavam todas presentes: Ossilma, Júlia, Izabel e Cristina. Chegaram animadas, sorridentes e conversando muito sobre o encontro anterior. Senti-me satisfeita, por observar tamanho envolvimento.

Após avaliar o encontro anterior, percebi que era necessário resgatar e dar continuidade às reflexões geradas e despertadas. Para desvendar as percepções e os sentimentos iniciei as atividades do encontro utilizando o lúdico.

Elaborei uma oficina com massinha de modelar, e cada participante recebeu uma caixinha com massinha com a seguinte tarefa: expressar os sentimentos e impressões individuais sobre o processo de trabalho através da construção de uma escultura. Ficou claro que as habilidades artísticas não seriam avaliadas. As participantes foram dispostas na sala de maneira a não permitir que uma pudesse ver o que a outra fazia, sendo estipulado um tempo de 20 min para a conclusão.

Após a conclusão da tarefa, as participantes foram convidadas a apresentar e falar sobre a sua escultura, conforme segue:

Figura 4 - Escultura Júlia



Fonte: Própria

Sua escultura, docemente preparada, resgatou a necessidade da responsabilidade profissional e levantou críticas à supervalorização da tecnologia dura: (trabalho morto-mecanizado)

"Cérebro pra você pensar... Você não pode fazer por fazer, porque alguém mandou você fazer... você precisa pensar, não deixar a rotina te transformar, senão você vira uma máquina, e uma máquina não pensa."

Acrescenta o perigo que a categoria sofre ao ter como objeto de trabalho, algo tão grandioso que é a vida humana:

"(...) ah, eu faço isso há anos. E isso não é verdade, as vezes um deslize causa grande erro, as vezes um estrago pequeno é um grande estrago, às vezes irreparável... Você sempre tem que pensar que está trabalhando com vidas e não com máquinas"

Observo na fala sobre o processo de trabalho, o medo e o receio em carregar consigo o peso de iatrogenias, as quais está sujeita na prática profissional pela rotina da mecanização do trabalho em ato:

"Numa fábrica, se eu estrago um aparelho, o que vai acontecer? Eu vou

arcar com as consequências, tudo tem um jeito... Mas com vida, não. Talvez aquilo não tenha conserto e aquilo fica para o resto da minha vida"

O cuidado é representado por um belo coração que representa a emoção, a humanização que a participante avalia como fundamental para a prática das tarefas, mesmo aquelas ditas corriqueiras:

" (...) fiz um coração, tudo que for fazer tem que usar o coração, estou trabalhando com uma pessoa, cuidando de uma pessoa...no dia-a-dia a gente acaba esquecendo dessa parte humana."

Continua reconhecendo a importância do equilíbrio entre a razão e o sentimento, o fazer e o sentir:

"O ser humano tem que ter sentimento e tem que pensar!. Tudo o que for fazer, nem que seja uma tarefa simples, todos os dias, você tem que pensar e trabalhar com o coração"

O tecnicismo também se traduz em sofrimento no trabalho:

"Eu tentei puncionar duas vezes. Se eu não consigo, eu passo para a enfermeira. Punciona uma, punciona duas, punciona quatro, mas ninguém consegue. depois que puncionou diversas vezes, a criança cansada, a mãe cansada... E a dor que ela sentiu várias vezes? Pensar é tão necessário... Tem que ser assim, agora e nesse exato momento? Aquilo me machucou muito, fui embora pensando o porquê de tudo aquilo. No dia seguinte, a médica falou que nem tinha necessidade..."

É fácil identificar os sentimentos de tristeza e indignação, associados à falha na comunicação e o tecnicismo do processo. O "trabalho repetitivo" e a perda do "olhar", já colocada no primeiro encontro, retorna com ainda mais força:

"Eu não posso fazer assim só porque alguém manda. Não! Eu vou pensar organizar. Pensar, para não transformar em mania. O coração é o sentimento que a gente tem que ter. O ser humano tem que ter sentimento e tem que pensar!"

A satisfação profissional é percebida com o sentimento de ter feito o que era necessário:

"Quando consigo cumprir o meu dever, vou embora feliz! Mesmo muito cansada, você está com a consciência tranquila... a criança hoje está chorando, nem quer olhar pra você. Mas amanhã, você olha e ela te recebe com um sorriso... Ela esqueceu o que aconteceu ontem. Isso pra mim é maravilhoso!"

Figura 5 - Escultura da Cristina



Fonte Própria

Cristina fala da necessidade de estabelecer uma ligação entre a sabedoria e a humildade, representada pelo cérebro e coração, na sua escultura ligada por um cordão, muito parecida com um cordão umbilical. Esta seria uma receita para o sucesso da equipe:

“O cérebro é a razão, o conhecimento... e ele está ligado com a sabedoria, com a humildade, que é o coração. E quando você consegue associar esses dois, você tem uma equipe que brilha, né?”

A satisfação do trabalho é revelada pelo resultado: *“... e o resultado que vai ser feliz, é o bebe que volta para casa, é uma equipe feliz...”*.

Segue somando a este o papel do enfermeiro como mediador:

“(...) o enfermeiro que vai conduzir a sua equipe, treinar, fazer com que ela se entregue, então você vai sempre estar interligado: de cá prá lá e de lá prá cá. Conhecimento entrou, adquiriu sabedoria, o coração se abriu e foi embora feliz”.

O sentimento da desvalorização profissional traduz a preocupação com o futuro da categoria, que é intensamente explorado:

“Enquanto a gente não muda essa visão que nós temos de não entrega, não ter conhecimento, vai restar isso prá gente: páginas em branco. Não vai ter ninguém para contar a nossa história, é triste ver que nossa classe está acabando... A nossa história tem que permanecer, nem que um dia acabe a classe, eu gostaria de ouvir esses relatos: olha, um dia existiram os TE,

eram eles que faziam..."

O conjunto de princípios e valores pessoais, também é trabalhado na escultura de Cristina:

"Isso aqui prá mim, foi minha vida também, o cordão umbilical. Eu o cortei e continuo crescendo, aprendendo mais. Eu tenho mais conhecimento que a minha mãe, mas a humildade e coisas boas continuam comigo... Eu quis expressar isso, razão e sabedoria precisam andar juntas."

Empatia pelos pais que têm seus filhos hospitalizados numa UTIN, também é pontuada em uma de suas falas:

"(...) não é meu filho que está lá, mas vai que algum dia seja. Nunca se sabe! Fazer uma coisa hoje, pensando em um dia, se um dia eu estiver lá..." (Cristina)

Figura 6 - Escultura da Ossilma



Fonte: Própria

Ossilma, sempre forte em suas colocações, traz em sua escultura uma verdadeira lição para o trabalho em equipe: não basta o “fazer” individual. A equipe deve estar integrada com o mesmo propósito e com amor à profissão:

"Equipe unida, e unida com o coração... se estiver fazendo o seu trabalho, não com o coração, não vai ter um resultado bom. É um trabalho em que você precisa ter união".

O tempo de permanência do RN, característica do trabalho em UTIN, implica na necessidade de união da equipe e foco no resultado:

"(...) nós, como estamos bastante tempo com a essa criança, as vezes mais tempo do que a mãe, transmitimos nossos sentimentos..."

Comenta da transferência dos sentimentos vividos pela equipe para o cuidado:

“(...) se nós estivermos mal humoradas, se vou trabalhar com raiva do meu colega, eu não vou pegar com amor e paz a criança, por que eu não estou olhando ninguém com amor. Se faço com calma a criança fica acomodada. A equipe tem que estar junto, essa troca vai trazer um resultado bom”.

A valorização profissional também é colocada como essencial ao processo de trabalho, na qual cada categoria profissional tem sua importância e todos trabalham num mesmo propósito:

“Nós somos parceiros, não somos submissos, nós estamos aqui para isso, para ter parceria, porque o nosso intuito, nosso objetivo é isso! É o mesmo, é fazer o melhor...”.

Figura 7 - Escultura da Izabel



Fonte: Própria

A comunicação é imediatamente o primeiro tema a aparecer em sua escultura. Izabel destaca a importância da efetiva comunicação entre a equipe multidisciplinar para o sucesso das ações:

“Convivência aqui no hospital... a gente trabalha numa equipe, é uma equipe multiprofissional. Exige um médico, um enfermeiro, tem que ter o técnico... a gente tem que trabalhar junto, tem que trabalhar unido... e a gente vê que para dar certo, tem que ter uma boa comunicação, né?”

O coração carrega o significado dos sentimentos velados pela equipe de TE, nas diversas faces de sua profissão:

“O coração representa os sentimentos, né? Muitas vezes a gente acaba sofrendo com algumas situações e a gente acaba derrubando algumas lágrimas. Muitas vezes a gente também chora por algum paciente.”

Também traz uma “mão”, simbolizando a união na equipe de enfermagem e chama a atenção para a necessidade da valorização profissional do TE dentro da equipe:

“E a mãozinha que eu fiz, vai refletir a união da equipe... tem que ter comunicação, hierarquia... Muitas vezes a gente tem idéias, muitas vezes poderia expor idéias, coisas que poderiam funcionar bem, e eles não estão enxergando... A gente não tem um espaço para expor nossa opinião, então eu acho que é um pouco falta de comunicação. Nós temos ideias...mas no processo final, nunca levam o nosso nome...nunca!”

Pela segunda vez, desde o primeiro encontro, a queixa sobre a falta de espaço para que o TE expresse suas opiniões vem como um fator dificultador para a manutenção de uma comunicação efetiva dentro da equipe.

Fica evidente que os participantes clamam por reconhecimento profissional. Um trabalho tão importante e tão escondido, os bastidores do processo de cuidar!

Encerradas as apresentações individuais, o grupo observa que as esculturas tinham muitos aspectos em comum, e seguem refletindo:

*“A gente não está aqui para competir, a gente tá aqui por um único objetivo”
(Cristina)*

Ossilma entendeu as “coincidências” nas esculturas como uma prova de que não há razão para competições, o objetivo é o mesmo.

“Se a enfermeira e a gente estivermos falando a mesma língua, se houver empatia com a equipe, tudo vai fluir melhor. Ela vai começar a treinar a equipe para trabalhar com o que há de melhor ali dentro” (Ossilma)

Essa fala repete-se cada vez que o enfermeiro é lembrado durante as atividades do grupo. A liderança do enfermeiro é vista como peça chave para melhorar o relacionamento interpessoal dentro da equipe, trabalhando nas deficiências e destacando as potencialidades de cada um.

Seguem algumas falas das participantes sobre a avaliação espontânea das esculturas:

*“O interessante é que as massinhas foram todas parecidas, você viu?”
(Julia)*

“Estamos todas com o coração ferido, risos!” (Cristina)

“O coração, o cérebro e a mão né? Bem parecido!” (Izabel)

*“Nós ficamos de costas uma para a outra e as massinhas estão iguais!”
(Ossilma)*

“É a dinâmica do primeiro dia, todas por um objetivo...” (Cristina)

Tamanha foi a riqueza desta oficina, que todo o receio que senti quando percebi que a coleta de dados seguiria com apenas 4 participantes, foi-se embora em instantes com a seguinte colocação :

“(...) acho que se viessem mais pessoas, vocês iriam se deparar com as mesmas coisas!” (Ossilma)

Trabalhar as vivências havia se tornado algo gigante quando comparado ao

conhecimento que eu detinha naquele momento. E a pesquisa-ação é exatamente isso: trabalhar nas necessidades sentidas por um grupo, buscando desenvolver e compreender a realidade, planejando ações que, conjuntamente discutidas convergem para a resolução de problemas dessa mesma realidade⁵³.

Ao expressar os sentimentos é possível uma melhor elaboração dos mesmos. Assim, mais instrumentalizados para continuar com as reflexões, começam a surgir sugestões para a mudança da prática profissional. Sugiro a confecção de um quadro de sugestões de estratégias, divididas de acordo com o prazo para o cumprimento. A atividade foi realizada em flip-chart (APÊNDICE F) e segue sua transcrição fidedigna:

Quadro 1 - Possíveis soluções para resolução dos fatores identificados como dificultadores do processo de trabalho em UTIN

Curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Maior comprometimento dos novos profissionais • Treinamento efetivo aos novos profissionais • Educação continuada • Não omitir informações sobre protocolos e rotinas (chefia – funcionários) • Troca de informações entre todos os membros da equipe • Valorização de cada profissional (qualidades e dons individuais) • Reunião de equipe • Resolutividade
Médio prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Passagem de plantão • “feed -back” profissional • Definição da função de cada membro da equipe (fundamentar) • Explicar as mudanças de protocolos e rotinas • Melhorar postura profissional • Melhor relacionamento interpessoal • Reunião entre as equipes (plantões) • Melhorar a orientação que é dada aos pais, no momento da admissão <p>(continua)</p>

Longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Formação dos futuros técnicos e enfermeiros • Melhorar a seleção dos profissionais de enfermagem • Melhor salário • Melhor comunicação • Melhor relacionamento interpessoal
--------------------	---

Fonte: Própria

No início da elaboração do quadro há um diálogo entre as participantes sobre a dificuldade de mudanças, pois, há um relato de uma tentativa individual sem sucesso, mas, ao mesmo tempo, percebem que agora estão em grupo, que precisam dessa união.

Durante a confecção do quadro, o grupo participa ativamente e problematiza as reflexões.

Retomando as reflexões realizadas nas esculturas, apontam como primeira sugestão a longo prazo, a formação dos futuros profissionais de enfermagem, principalmente nos aspectos do comprometimento e postura profissional.

Logo, apontam a necessidade de educação continuada no próprio serviço tanto para os aspectos atitudinais como de conhecimento, atualização dos protocolos e informações.

Citam, como exemplo, o atendimento de uma parada cardio-respiratória e “manobra de desengasgo” como exemplo da necessidade de treinamento.

A comunicação entre o enfermeiro e sua equipe de TE continua sendo percebida como uma grande fragilidade presente no processo de trabalho, como a falta de um fluxo de comunicação, a comunicação unilateral e descontínua:

“Engraçado é que a gente passa todas as informações para a enfermeira e ela não passa nada para a gente...” (Ossilma)

Ainda sobre a comunicação, especificamente durante a passagem de plantão, a forma como esta é realizada atualmente é sinalizada como momento de exclusão da figura do TE no processo:

“Por que nós pegamos o plantão ao lado do paciente e o enfermeiro em outra sala? Às vezes eles querem discutir alguma coisa em particular com o médico, mas sou eu que estou cuidando do bebê. Eu quero saber!” (Ossilma)

“Se é equipe, por que não passar o plantão todos juntos?” (Cristina)

O grupo reflete sobre as informações interrompidas, que afetam seu trabalho, e novamente há forte sentimento de exclusão:

“A gente vem trazendo informações até chegar ao médico, e quanto às informações deles, que é para chegar à gente, não chega. Não há o caminho inverso” (Ossilma).

Sobre as atribuições do TE, o grupo cita algumas que foram deixadas de ser realizadas por eles, sendo agora executadas por enfermeiros, sem qualquer explicação prévia:

“Nós tínhamos algumas tarefas e, de repente, muda tudo, você não pode mais fazer isso. De onde vem isso? Mas por quê?” (Ossilma)

Cristina acrescenta:

*“Eles vão tirando coisas que a gente fazia, sem explicar... Eu acho que tudo o que você muda, deve ter uma explicação”.
“Onde está escrito isso? Também quero saber!” (Ossilma)*

Julia atenta para as dificuldades do período noturno:

“(...) um papel diferente...fui lá e li. Era uma mudança, assinei que estava ciente mas para mim, não tinha chegado a informação. Durante o dia teve treinamento. No noturno não chega, por que? O pessoal do noturno já sabe tudo?”

Observando as reflexões sobre as dificuldades enfrentadas quando a comunicação não é efetiva, Ossilma esboça uma estratégia: reunião de equipe, que deve ser realizada diariamente, logo após a passagem de plantão:

“Você passa as informações em 10, 15 minutos... Não vai atrapalhar”.

E ainda acrescenta:

“Falaram que eu sou resistente às mudanças. Mas não sou resistente, eu já falei isso na minha avaliação. É que eu quero saber por que, quero questionar... se você me convencer, eu faço! As coisas tem que ser fundamentadas... é lógico que quero aperfeiçoar...” (Ossilma)

A reunião entre as equipes, também é uma sugestão do grupo para ajudar na solução da comunicação falha que é observada:

“Com pelo menos um representante de cada plantão... se cada mês revezasse uma.” (Ossilma)

Cristina prevê que a melhora na comunicação dentro da equipe e entre as equipes traria ao enfermeiro maior facilidade no acesso à sua equipe, por melhorar a intimidade:

“Se o líder tiver conhecimento de todos e tiver bom relacionamento, ele tem condições de chegar até aquela pessoa e falar: viu, você está fazendo isso, isso e isso...”

Trabalhar nas deficiências também é uma habilidade que o enfermeiro deve desenvolver para melhorar e uniformizar o trabalho da equipe:

“Ela, como minha enfermeira e amiga, pode saber que eu tenho deficiência em tal coisa, então eu vou pegar nesse ponto. Ela vai conseguir me deixar uma ótima funcionária, mas ela tem que ter esse olhar... senão, vai passar despercebido” (Ossilma)

O trecho de uma fala a seguir, revela que o TE quer ser avaliado, quer ser cobrado, quer ter um *feed-back* do seu trabalho. Talvez porque, ao ser observado, ele estaria sendo valorizado. É o enfermeiro direcionando a prática por meio da comunicação efetiva:

“Eu gostaria que minha enfermeira viesse falar comigo, olha, aconteceu isso... vamos resolver? Então eu penso assim, tem informações que tem de ser amarradas ali, naquele momento... Tem momentos que você precisa de alguém olhando por você...” (Ossilma)

O perfil profissional e o respeito entre os colegas também se mostra fragilizado, gerando conflitos velados:

“Esses dias cheguei para pegar o plantão e a colega disse que ia esperar para passar para outro que trabalhasse ali há mais tempo... A mãe que estava perto ouviu essa conversa... aí a mãe olhou e perguntou pra mim: você sabe cuidar de bebê?” (Julia)

E o grupo dá continuidade a longas reflexões e críticas ao processo de admissão de novos profissionais de enfermagem:

“Ele entra, é apresentado, faz uma integração, mais para se integrar ao local... Mas assim, alguém ir treinando com ele, não. Ele é treinado por nós.” (Ossilma)

A desvalorização da tecnologia leve, que se apresenta do espaço das relações, e a supervalorização da tecnologia dura, ficam explícitas diante desses exemplos citados:

“As meninas que ficam na UCI se sentem menosprezadas, por que os bebês não são graves, como na UTI...” (Ossilma)

Cristina analisa a motivação para essa supervalorização da tecnologia dura:

“O básico se perdeu... acho que é isso. Isso foi se perdendo por que valorizam muito isso! Quem faz isso, é melhor... foi o que aconteceu”.

E ainda exemplifica:

"O funcionário estava tão preocupado que queria aprender UTI, que esqueceu que o cuidado básico é que vai ser o essencial na vida daquela mãe dali pra frente... E tem gente que acha que isso não é função, que é perda de tempo. Que UTI que é legal".

Analisando essa preocupação excessiva com tecnologias em UTI, Ossilma levanta questões relacionadas à segurança do paciente. Demonstra, em sua fala, um tom de preocupação, próprio de quem já se sentiu em conflito diante de uma situação parecida:

"Eu cometi um erro, não tive medo de assumir... Fui punida por ter assumido, caíram matando em cima de mim... Chega uma hora que não se assume mais um erro de medo da proporção que vai tomar"

O processo seletivo de novos técnicos de enfermagem também é lembrado por Cristina, que resgata um caso do passado:

"(...) uma enfermeira, ela selecionava por postura, maneira de falar. Teve uma pessoa que não passou na experiência... Ela estava com o pé dolorido e calçou o sapato como se fosse chinelo. Ficou andando e o sapato fazia tec tec tec."

Questiono o porquê dessa mudança no perfil dos TE que elas mesmas observam e expõe:

"(...) por causa da formação, infelizmente. Começa da formação, entendeu? Não teve uma formação legal, não pegou nada e vai dar aula. E o que eles fazem? Vão dar aula sem conhecimento algum..." (Ossilma)

A preocupação se estende à fiscalização das escolas de formação de TE:

"(...) tem tanta escola, tanta escola, e eles não estão olhando isso..." (Cristina)
"(...) nas escolas, hoje tem que passar todo mundo. Na minha época, tinha que fazer prova vocacional, se não passasse, podia ter o dinheiro que fosse, não fazia!" (Ossilma)

Observado a deficiência na formação dos TE, o grupo debate sobre o remanejamento dos TE e a importância dos treinamentos, que ganharam força na discussão:

"(...) eu já vi acontecer de enfermeiro querer tal funcionário para ele. Tipo, esse, não! Esse vai para a Pediatria... Só que eu acho que a solução não é essa, na verdade você está transferindo o problema para outro setor." (Ossilma)

O grupo reflete que uma possibilidade de solução para esse problema, seria a comunicação efetiva entre o enfermeiro e o TE em questão, aliada ao treinamento

eficiente. Cristina pontua:

"(...) nem todos os enfermeiros gostam de treinar".

Ossilma vai além. Associa o bom relacionamento interpessoal do enfermeiro, com a melhora na comunicação e consequente aumento na intimidade com o TE:

"(...) se o líder tiver conhecimento de todos e tiver bom relacionamento, ele tem condições de chegar até aquela pessoa e falar: viu, você está fazendo isso e isso..."

Essa fala deu início a uma longa reflexão do grupo sobre o papel fundamental do enfermeiro enquanto gestor de pessoas. Reconhecer as deficiências individuais e saber agir nelas é uma das esperanças para o sucesso da equipe:

"(...) é o olhar. Ela pode saber que eu tenho deficiência em tal coisa, então ela pega nesse ponto e vai conseguir me deixar uma ótima funcionária." (Izabel)

"Mas se um funcionário está todo dia errando e se o enfermeiro não conversa, ela vai continuar sendo alienada." (Ossilma)

O medo de estar errando e não ser alertado pelo enfermeiro surge com o receio de ser corrigido por outro TE: *"... eu preferia que a minha enfermeira me falasse, não a minha colega da tarde, por exemplo..." (Cristina)*

Julia acrescenta:

"(...) essa relação de intimidade que você cria, entendeu?... ela poderia pensar assim: nossa, teve uma colega de outro plantão que veio falar e todos que trabalham comigo não tiveram coragem, minha enfermeira não teve coragem e alguém de fora veio me dar essa informação."

É evidente o quanto a equipe de TE valoriza o papel do enfermeiro e entende sua importância no direcionamento e gestão do processo de enfermagem. Elas sentem a falta da supervisão

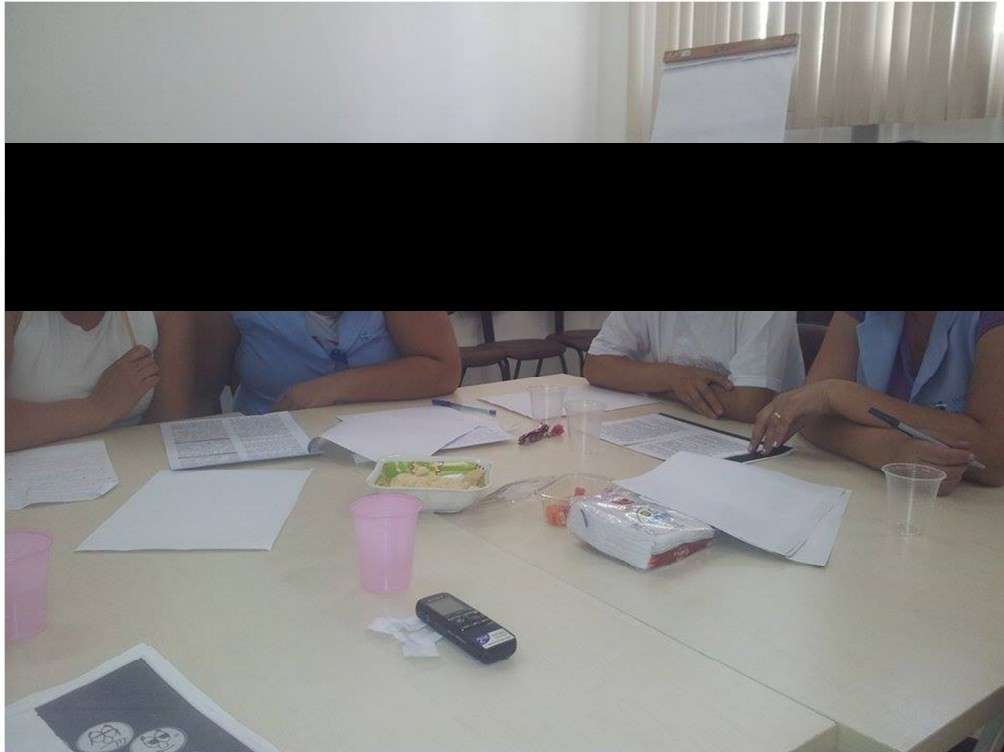
"(...) tem momentos em que você precisa de alguém olhando por você." (Cristina)

Observei que as falas começaram a se repetir e, diante do quadro, solicitei ao grupo que agrupasse os temas elencados em categorias maiores, escolhendo os temas emergentes. Seguem os temas eleitos como prioritários pelo grupo:

COMUNICAÇÃO/ RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

"Interessante né, que nós falamos da comunicação e relacionamento interpessoal... Se tiver comunicação, vai ter um bom relacionamento... Um não fica sem o outro" (Cristina)

Figura 8 - Grupo Focal

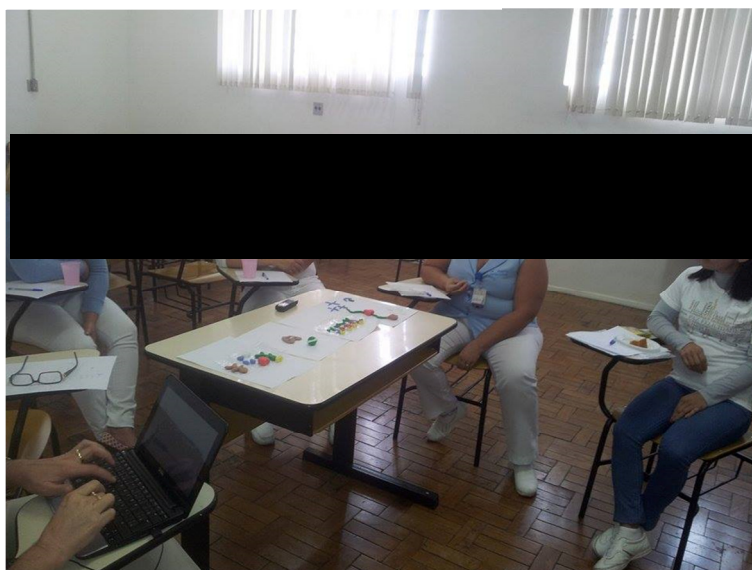


Fonte: Própria

VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

“Eu penso no relacionamento interpessoal, eu acho que isso é valorização profissional. Eu acho que isso é um ponto muito importante: falar de valorização profissional...” (Ossilma)

Figura 9 - Grupo Focal



Fonte: Própria

TREINAMENTO / PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS

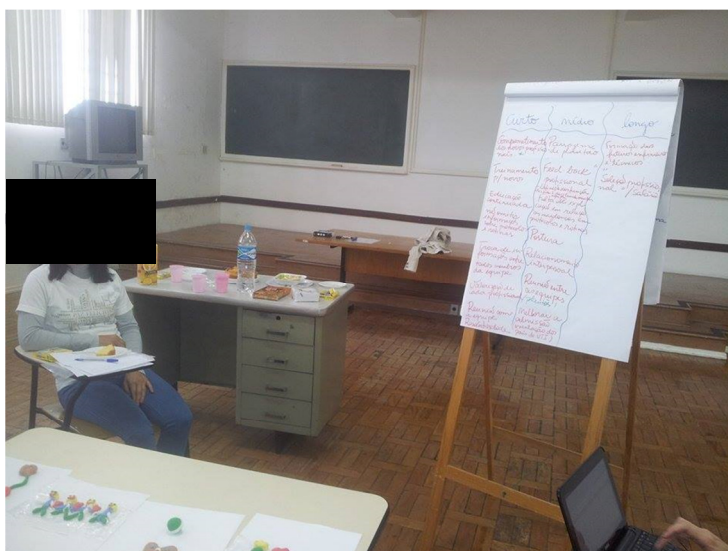
“Não só para os funcionários novos, eu acho que para todos, capacitar os funcionários para que realmente trabalhem numa equipe” (Izabel)

“(...) é para todo mundo falar a mesma língua e ter o mesmo foco, para as coisas darem certo, para todo mundo agir igual” (Julia)

Sugiro ao grupo que busquem estratégias para a elaboração de possíveis soluções aos pontos dificultadores do processo de trabalho, conforme expostos no decorrer do encontro.

“Isso aqui seria uma valorização profissional. Quando você tem essa valorização profissional, você tem ganhos. Um funcionário contente, vai trazer menos atestados, vai trabalhar melhor...” (Cristina)

Figura 10 - Grupo Focal



Fonte: Própria

O grupo está visivelmente fortalecido e as idéias transbordam nas falas. Novamente com o tempo excedido, e para finalizar as atividades deste 2º encontro, solicito que o grupo elabore, individualmente, estratégias possíveis de serem aplicadas para mudança da prática relacionada aos temas eleitos prioritários e apresentem no próximo encontro. Encerro as atividades.

MINHAS IMPRESSÕES: O grupo retornou com outra postura. Mais firme se comparada ao primeiro encontro. Não foram observadas lágrimas. Os corpos, mais soltos sobre as carteiras. Os braços, antes cruzados, agora muito gesticulam. A semelhança observada entre as esculturas foi decisivo para reafirmar que as quatro participantes têm muito em comum. Isso as aproximou e fortaleceu. O trabalho em

grupo para a confecção do quadro exercitou habilidades do trabalho em equipe, como a cooperação e o respeito entre as participantes. A postura de vítima começa a assumir uma forma mais voltada para solucionar os “problemas”. O empoderamento pôde ser observado, do tom de voz à escolha dos temas prioritários a serem trabalhados pelo grupo.

8.2.3 Grupo Focal 3 - “O homem forte se defende e o homem mais forte ainda, defende seu bando” (Cristina)

O terceiro encontro aconteceu no dia 19 de Novembro de 2013. Teve início às 14h00min e terminou às 16h51min, com a presença de todas as participantes e observando os critérios dos encontros anteriores. As atividades iniciam-se com o resgate do quadro confeccionado no encontro anterior para facilitar a retomada da discussão. Observo que todas portam uma folha, contendo a resolução da “tarefa” deixada no último encontro.

Julia dá início às reflexões e fala do comportamento e mudança individual de atitude. O foco dela é no indivíduo/trabalhador, e nas relações que são estabelecidas no ambiente da UTIN – equipe, família. Salienta que a humanização e o respeito ao outro é essencial para a melhora no relacionamento interpessoal. E é também esse mesmo respeito que ela considera o início para a valorização profissional. Também chama a atenção do grupo para o outro lado: Para ser valorizada como profissional TE, eles também devem fazer a sua parte:

“Eu entendo que para você ser valorizada você também tem que fazer a sua parte, não esperar o que vem, por exemplo, da empresa, dos colegas... você também tem que fazer a sua parte...”

O relacionamento interpessoal também envolve o respeito à individualidade de cada TE da equipe. Júlia, admite que as diferenças entre os profissionais ocorrem devido às diferenças culturais, pessoais e de formação, necessitando do esforço de todos em direção ao mesmo objetivo, sem deixar que outros fatores interfiram nesse propósito.

Ossilma traz a proposta de uma solução simples e isenta de qualquer custo, como ela mesma denomina, capaz de resolver grande parte das falhas de comunicação:

“Se fizesse uma reunião todos os dias, quinze minutos, prazo estipulado para você ouvir a todos e passar uma coisa única, antes de começar a

trabalhar. Para falar das dificuldades em relação ao que aconteceu na passagem de plantão, por exemplo. Por que você lembra as coisas de imediato, quando passa o tempo, você esquece.”

Continua, com uma reflexão que aproxima a prática das reuniões de equipe com o exercício de uma arte, demonstrando a distância da realidade com o que é considerado belo:

“Eu tinha pensado nessa arte.... Uma ação que não tem gasto e não envolve ninguém diferente...não é uma coisa demorada, porque não dá, mas se faz uma coisa rápida, antes de iniciar, eu acho que dá para resolver algumas coisas... Coisas do dia-a-dia...”

Ainda explica que essas reuniões diárias teriam o objetivo de resolver questões mais simples do processo de trabalho, atualizar a equipe a respeito de novos protocolos e rotinas, resolver possíveis mal entendidos e alguns problemas de relacionamento, entre outros. Seria uma maneira prática de solucionar a problemática da “perda de informações”, exposta nos encontros.

Os assuntos e dificuldades cotidianos comuns entre as equipes, incluindo dificuldades no relacionamento interpessoal identificadas durante o processo de trabalho, seriam expostos em uma reunião geral entre os enfermeiros:

“(...) se elas virem que é algo para ser discutido entre eles, faz uma reunião geral...” (Ossilma)

Com a criação desse espaço, a equipe de TE teria a possibilidade de expor suas opiniões e expressar suas idéias, passando a sentir-se parte efetiva da equipe, conforme cita:

“As idéias tem que ser compartilhadas, as decisões ouvidas e decididas em conjunto, procurando atender as necessidades da equipe de enfermagem. Esquece-se de compartilhar as suas decisões com aqueles que deveriam ser seus colaboradores, que seríamos nós, né?”

Configurando um modelo de gestão participativa, as participantes debatem quão boa seria a participação de suas opiniões e sugestões na tomada de decisões sobre assuntos relacionados ao cuidado de enfermagem.

A busca pelo reconhecimento profissional e de suas potencialidades passa a ser constante nas reflexões. A postura de cada participante passa por mudanças visíveis e a auto-estima torna-se a característica mais forte do empoderamento causado pelas reflexões em grupo.

Ossilma salienta o valor dos grupos para o movimento de reconhecimento de seus valores e avalia:

“Acho que nos encontros, deu para perceber que a gente tem muita coisa para se pegar, para se aplicar, e que muitas vezes a enfermeira não sabe...”

Mas ressalta que essa estratégia só será possível com a adesão e o comprometimento do enfermeiro:

“Se a enfermeira tem isso como compromisso, ter os quinze minutos antes de iniciar o trabalho, ela acaba lembrando de passar as coisas e explicar também... Não sei, acho que é uma idéia de imediato, é a maneira mais rápida de você tentar mudar alguma coisa.”

Cristina acredita que os treinamentos em serviço devem avançar, de forma a fazer com que o funcionário sinta-se valorizado e comprometido com o trabalho, padronizando as informações e uniformizando a prática. Os dias de menor fluxo de trabalho de enfermagem, menor taxa de ocupação, são observados como boas oportunidades para a aplicação de treinamentos, atualizações, nos quais o enfermeiro teria o papel de educador:

“Padronização das informações, eu acho que não dá para esperar mais, está muito disperso. Por exemplo: se está tranquilo, vamos falar sobre algum assunto. Faz quinze anos que eu faço a mesma coisa, mas, de repente, mudou alguma coisa naquele procedimento ou eu me esqueci de algum detalhe. Isso deixa a equipe mais comprometida com o serviço.”

O conhecimento é pontuado como uma forma de valorização profissional! Mas não só o conhecimento e a valorização do TE pelo enfermeiro são desejadas. O TE quer ser observado e cobrado, não passar despercebido: *“a enfermeira tem que informar a sua equipe e tem que cobrar da sua equipe, porque o que adianta? Não cobra, então eu não tenho compromisso com aquilo.”* Cristina relata que comprometimento com o serviço está relacionado à supervisão do enfermeiro. E avança na reflexão:

“Tem gente que às vezes liga e desliga durante anos, mas não sabe por que tem que ligar pra cima e por que desliga pra baixo. Acho que a informação faz a gente entender o que está acontecendo... E isso também, de início, é muito importante.”

O tecnicismo fica muito evidente nessa fala. A necessidade de dar sentido às ações é constantemente lembrada pelo grupo. A supervisão complementa o sentido do fazer:

“sinceramente, quando tem um enfermeiro me olhando, pesa na minha consciência, porque eu sei que eu vou ter que prestar contas pra alguém.”

Sobre o processo de admissão de novos TE, amplamente discutidos nos encontros anteriores, Cristina traz a sugestão de uma estratégia para solução: O TE recém-admitido, antes de assumir os cuidados, deveria cumprir uma lista de atividades, que iria desde o reconhecimento da planta física da unidade, até a execução de tarefas mais complexas, relacionadas às habilidades que o mesmo deve apresentar para desempenhar sua função:

“Tinha que ser passada a rotina para ele. Olha, sua função é essa, assim, assim... Você vai chegar todos os dias e vai pegar sua lista de atividades. Você vai ter o conhecimento da sua unidade, depois verificar os sinais vitais... a rotina passo a passo. Ele tem que saber como vai funcionar lá dentro. É uma empresa que está te contratando, assim como o funcionário espera da empresa, a empresa espera do funcionário.”

Destaca que é importante o TE conhecer as ferramentas do seu trabalho:

“Antes de chegar até o bebê, devem ser passadas algumas informações... Eu acho que você tem que conhecer o seu equipamento de trabalho. É extremamente importante conhecer a rotina do seu serviço.” (Ossilma)

O enfermeiro do plantão faria a supervisão da execução dos procedimentos de enfermagem, seguida das correções necessárias para que todos tenham a mesma habilidade e conduta, uniformizando a prática:

“Cada procedimento que o funcionário novo vai fazer, o enfermeiro tem que acompanhar, não adianta... ele falou que sabe puncionar uma veia, mas o enfermeiro viu se ele sabe fazer isso?” (Cristina)

Trabalhar nas deficiências de cada TE é novamente citado como fundamental no trabalho do enfermeiro:

“O enfermeiro tem que ser presente nas ações, ele tem que ficar, não para punir, mas para ele saber como funciona a equipe dele... se você não olhar a pessoa fazer um procedimento, você não vai ver a dificuldade que ela tem.” (Cristina)

Com essas colocações, Ossilma relembra da necessidade da gestão do enfermeiro na avaliação do processo de enfermagem. O treinamento dado pelo enfermeiro ao trabalhador recém-admitido daria a oportunidade de uma avaliação precisa das técnicas e condutas realizadas, oportunizando a cobrança das adequações que se fizerem necessárias:

“(...) a partir do momento que ele foi treinado, você tem como cobrar também... Porque é diferente o enfermeiro treinar e o técnico treinar, o enfermeiro treinou, ele pode cobrar, eu não posso cobrar nada!”

Dificuldades expostas, desafios aceitos, e as possibilidades começam a aparecer

nas falas. A reunião de equipe passa a representar esperança para a melhora da comunicação e do relacionamento interpessoal. Momentos informais são apontados como oportunidades de aproximação entre as equipes de TE. O grupo percebe que estratégias simples podem aproximá-los. Até num simples café!

“Todo mundo sai do plantão rapidinho porque tem compromisso. Tem uma funcionária que chega mais cedo e toma café junto com a gente... então a gente tem um entrosamento diferente...” (Ossilma)

A relação com essa colega revestiu-se de outro sentido, a partir do momento que houve uma maior interação. A comunicação efetiva, socialização e empatia entre as equipes podem diminuir as desavenças, conforme citado por Cristina:

“Eu vejo que o que acontece entre os plantões, rivalidades, é por cada um falar uma coisa, entendeu? Por que ela põe a criança do lado direito e eu, do esquerdo... Eu acho que quando começarmos a falar a mesma língua, a rivalidade entre os plantões vai diminuir”

A reunião de equipe seria apenas o 1º passo. Cristina pensa em outra estratégia, enriquecendo a idéia de Ossilma:

“Cada enfermeira com o seu plantão, poderia fazer o que estamos fazendo aqui. Um debate de grupo com os seus funcionários. Levanta os problemas, e cada enfermeira vai à coordenação pra ver quais são os problemas em comum”.

A reunião entre os enfermeiros de cada plantão, com a coordenação, fecharia o ciclo:

“Elas podem juntar isso e fazer uma reunião única... De mês em mês, depende do grau de urgência” (Ossilma)

Os resultados dessa reunião retornariam ao conhecimento da equipe por meio do enfermeiro, e um novo ciclo se iniciaria.

Cristina avalia a reunião de equipe como um momento para também melhorar a relação com o enfermeiro:

“De imediato, nós precisamos dessas reuniões para resolver os problemas da equipe e a relação com o enfermeiro... não dá para esperar mais”

A fragilidade da comunicação entre o enfermeiro e o TE começa a ser exposta, e a “passagem de plantão” é retomada nas falas angustiadas, que revelam a desunião entre a equipe de enfermagem: *“Não tem união na passagem do plantão dos enfermeiros com a sua equipe, eles não pegam plantão junto com a sua equipe.” (Ossilma)*. Começam a discutir como o fluxo de informações poderia

melhorar. A comunicação volta a ser o ponto crucial durante as reflexões.

As informações não recebidas e até mesmo recebidas parcialmente são pontuadas com a problematização da realidade

“não podem cobrar uma informação que eu não tenho, só podem cobrar algo que eu já sei... não tem lógica. Às vezes você descobre algo por que está lendo os papéis à toa.” (Julia)

Izabel acredita que o plantão noturno é o mais prejudicado. Refere observar que durante o dia, ainda há algumas intervenções do Serviço de Educação Continuada, o que não observa no período noturno:

“Durante o dia até acontece, às vezes tem algum curso... a noite não tem praticamente nada! Então, você acaba fazendo o que você está acostumado a fazer todos os dias... às vezes alguém cobra você quando aquilo já mudou há tempos, mas você não sabe!”

As informações não compartilhadas e o déficit de treinamentos são vistos como um problema, principalmente quando estes são relacionados aos trabalhadores recém-admitidos. A sobrecarga de trabalho dos TE com mais vivência da prática, é uma reclamação que aparece com força:

“o funcionário às vezes mais velho, que trabalha mais tempo na instituição fica sobrecarregado, e o funcionário mais novo não tem treinamento. Ele fica sem compromisso porque ele está entrando agora, ele não tem as informações e não tem como cobrar dele.” (Ossilma)

Quando o procedimento a ser realizado tem um nível de complexidade maior, tal tarefa é designada ao TE mais experiente, gerando a fragmentação do cuidado e a descontinuidade da assistência, conforme pontua Cristina:

“(...) isso deixa o trabalho fragmentado, entendeu? Não tem uma sequencia, às vezes, fica assim: um faz uma parte e o outro faz outra... às vezes o plantão não caminha como deveria caminhar, entendeu? Todos trabalhando juntos, isso não ocorre e isso é um ponto ruim no trabalho.”

A uniformização das habilidades técnicas dos TE é necessária, pois é uma preocupação do grupo para o alcance de uma assistência de enfermagem de alta qualidade. Ossilma faz uma reflexão importante:

“(...) o enfermeiro tem que ver isso e exigir que ele fique tão bom quanto o outro. Por que quando o forte folgar, como que fica?”

A dificuldade de mudança aparece como um obstáculo a ser superado. As mudanças em rotinas e processos do cuidado precisam ser apresentadas de forma

clara pelo líder enfermeiro, como uma forma de transmissão de conhecimento e atualização profissional, uma vez que o mesmo pode ser percebido como uma ordem e interpretado pelo TE como castigo:

“(...) por exemplo, é difícil, porque eu fiz a vida inteira daquele jeito, e agora eu vou ter que mudar! Não é fácil isso, mas se você tem uma coordenação que trás isso para você como benefício, não como castigo, você consegue aderir.” (Ossilma)

Funciona como uma parceria, uma troca: “se você me explica o fundamento dessa mudança, não tem por que eu não aderir”, conforme acrescenta:

“(...) tudo o que não faz sentido, você perde o interesse, vai perdendo o encantamento.” (Cristina).

O trabalho torna-se coisificado, pois perde o sentido.

A necessidade do gerenciamento e avaliação do processo de trabalho pelo enfermeiro é bastante cobrada pelo grupo, que refere não haver um feedback. Tal fato talvez responda parcialmente o motivo pelo qual não há um movimento de mudança em certas condutas, atitudes, perfil do TE e da equipe:

“Olha, vamos melhorar isso; faz desse jeito; vamos ver o que está acontecendo... Está desanimado, por quê? Vamos animar, vamos fazer juntos. Tem que diagnosticar o problema, todo dia ela está acomodada, mas nunca alguém se importou.” (Cristina)

As reflexões das vivências do processo de trabalho de enfermagem na UTIN continuaram sendo amplamente exploradas pelo grupo. Conforme pactuado no encontro anterior, me preparei e instrumentalizei com leitura de materiais relacionados aos temas eleitos prioritários no encontro anterior- Comunicação; Passagem de Plantão e Valorização Profissional , colocando-os à disposição do grupo como ferramentas de auxílio para a finalização das propostas de soluções para os pontos dificultadores do processo de trabalho.

O grupo realizou leitura silenciosa de artigos (20min). Após, solicitei para que cada participante relatasse a essência tirada dos artigos, relacionando-o à sua prática profissional. Ossilma iniciou apontando para as características da liderança moderna:

“Algumas características identificadas nos líderes mais admiráveis pelos seus seguidores foram, por exemplo: credibilidade, capacidade de ouvir, transparência, parceria, não centralização de poder e autoritarismo. As informações tem que ser divididas. A marca da liderança moderna é fortalecer o grupo de trabalho, valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe. É impossível um líder coordenar um grupo sem

ouví-lo. Fala muito da criatividade e encerra assim: superar os limites da acomodação. Sendo assim, para que o papel do enfermeiro como líder seja bem desempenhado, são necessárias mudanças de comportamento, que é o que está pegando na nossa vida hoje em dia, né?”

Ossilma reflete que a reunião de equipe que foi proposta, apenas será efetiva se o enfermeiro tiver consciência de seu papel como líder da equipe. Assim como fora tantas vezes colocado nos encontros anteriores, o fortalecimento da equipe, a valorização das competências individuais, a habilidade em ouvir a equipe, também foram citados pelo autor como marcas da liderança moderna.

A comunicação na passagem de plantão foi explorada por Cristina e Izabel, como um instrumento para avaliar o modelo de passagem de plantão atualmente utilizado no serviço:

“A passagem de plantão tem como objetivo assegurar o fluxo de informações entre as três equipes de enfermagem que sustentam ela num período de 24h... o enfermeiro é o responsável pela passagem de plantão. Então, engloba o geral, não é só de técnicos para técnicos e enfermeiro para enfermeiro, é outra coisa que achei aqui...” (Cristina)

Entendem que a passagem de plantão não precisa estar limitada às informações relacionadas ao quadro clínico do paciente, mas é um momento de comunicação entre as equipes, num sentido mais amplo:

“aqui estão colocados alguns itens... o que é para acontecer na passagem de plantão: transmitir também rotinas que estão sendo utilizadas em todo hospital, como as determinadas pela Comissão de Infecção Hospitalar” (Izabel)

Nesse momento, surge um comentário:

*“-Então, na verdade...tudo o que nós resumimos...” (Ossilma)
“-Na verdade esses textos, os artigos parecem o que? -Que saíram daqui (dos grupos)! Risos” (Cristina)*

Houve uma identificação dos problemas e, ao mesmo tempo, um alívio ao perceberem que as mesmas dificuldades são muitas vezes encontradas em outros serviços de saúde. A esperança de solução para os problemas torna-se mais forte e o grupo permaneceu todo o tempo com os materiais em mãos, explorando-os com firmeza.

Cessadas as reflexões e a construção das propostas de intervenções para a mudança da prática profissional, pergunto como o grupo pretende utilizar essa experiência, as ferramentas e todos os conhecimentos compartilhados nos encontros:

O grupo pactua a necessidade de levar as propostas ao conhecimento do coordenador, reconhecido logo no 1º encontro como facilitador do processo e uma potencialidade dentro da equipe de enfermagem. Mas salienta:

“Por isso eu falo, o ponto chave desta discussão é a reunião e a liderança... Mas o líder tem que estar aberto e levar isso adiante... senão, se perdem as informações” (Ossilma)

O impacto dos encontros começa a ser sentido no local do estudo, conforme Cristina relata:

“As enfermeiras estão curiosíssimas, todos os dias elas perguntam: E aí, como foi hoje?”

O interesse por parte da coordenadora foi percebido no decorrer do processo, e o grupo entende que ela precisa ter conhecimento dos fatos e o grupo, por sua vez, tem o dever de monitorar as ações de melhoria após a reunião.

“Ela está curiosíssima. Esses dias ela falou: você está no grupo, né? Isso vai me ajudar muito... Então, ela está esperando”. (Cristina)

O grupo pactua a necessidade desse encontro e solicita para que eu, como coordenadora do grupo, seja a mediadora e elabore um relatório baseado nos áudios e nas propostas de intervenção elencadas neste último encontro.

Sinalizo para a necessidade de estabelecer o que, de fato, elas teriam interesse em levar ao conhecimento da coordenadora de enfermagem nessa possível reunião que seria agendada. O grupo decidiu iniciar essa intervenção com os temas “passagem de plantão” e “liderança”.

“Tendo a passagem de plantão e a liderança... esses dois são pontos chave de tudo isso que nós falamos, né?” (Ossilma)

Observando os critérios estabelecidos pelo grupo, o relatório elaborado foi enviado a cada participante para aprovação e alterações que fossem necessárias, para então ser utilizado na reunião com data, hora e local a serem definidos conforme disponibilidade da coordenadora e do grupo.

Assim, encerraram-se as atividades deste que estava programado para ser o último grupo focal da pesquisa.

MINHAS IMPRESSÕES: Um grupo forte e decidido foi assim que os recebi para o 3º encontro. Portando anotações realizadas “em casa”, que se tornaram elementos na construção de estratégias para mudança daquilo que os incomodava durante o processo de trabalho e que antes eram apenas pontos dificultadores, mostrando a mobilização do grupo. A leitura dos textos mostrou que dificuldades que ocorrem no local do estudo também faz parte de outras realidades, favorecendo uma melhor elaboração do problema. Embora conscientes de que toda mudança requer um longo trabalho e exercício da paciência e tolerância, os “antigos” pontos dificultadores, passaram a ser encarados como possibilidades. Possibilidades, que foram reveladas a partir do momento em que o grupo conseguiu sentir-se importante para o processo de trabalho da enfermagem, para o processo de cuidar. Estar em grupo e ter voz ativa, compartilhando suas vivências, dividindo conhecimentos e buscando formas de solucionar o que os incomoda, levou o grupo a querer ir além do que era esperado para a pesquisa. A reunião com a Coordenadora da UTIN do HSL foi uma necessidade pactuada pelo grupo e demonstrou a maturidade com que a pesquisa foi percebida.

8.2.4 Grupo Focal 4 – ENCERRAMENTO "A partir do segundo encontro, comecei a acreditar novamente no meu potencial, voltei e olhei ao meu redor e pude perceber as prováveis mudanças no dia-a-dia. Melhor do que pensar, é poder compartilhar seus pensamentos e ver que pequenas ações podem melhorar tudo a nossa volta." (Cristina)

O encerramento aconteceu no dia 05 de Dezembro de 2013. Conforme pactuado pelo grupo no último encontro, elaborei o relatório com os pontos-chaves escolhidos de acordo com os temas eleitos. Os atores receberam o relatório previamente e tiveram a possibilidade de adequá-lo para sua utilização na reunião com a Coordenadora da UTIN do HSL.

Como mediadora fiz a solicitação da reunião, que aconteceu no mesmo local dos encontros anteriores, de forma a manter o grupo com as mesmas características observadas anteriormente. A reunião foi realizada entre o grupo e a Coordenadora e minha atuação foi como observadora, não havendo gravação de áudio.

A participação foi homogênea, o grupo estava empoderado, com expressão calma, e instrumentalizada para seguir com suas reflexões e apresentar as

propostas de possíveis soluções para os pontos que mais dificultam o processo de trabalho do TE.

Encerrada a reunião, a Coordenadora retirou-se da sala e as 15h00min iniciou-se o processo de encerramento do procedimento de coleta de dados desta pesquisa, com a avaliação dos encontros pelos participantes, que teve seu término às 16h26min.

Para a avaliação optei pela individual e escrita, para evitar qualquer influência nas respostas dos participantes. Foi entregue uma folha com apenas uma questão norteadora:

Faça uma avaliação desses quatro encontros, incluindo: sentimentos que foram despertados em cada um deles; pontos fortes e pontos fracos dos encontros; houve alguma mudança na sua prática? Houve alguma mudança na sua vida pessoal ou profissional? Existe algum projeto pessoal ou profissional em mente, que foi gerado após os encontros? No geral, como você avalia esta intervenção?

“Os encontros foram ótimos, pois levaram a busca de sentimentos dos profissionais em relação ao trabalho na UTIN, como o amor ao próximo, humanidade e pensar antes de fazer”...(Julia)

*“Procuro trabalhar em equipe, busco informações sobre cuidado e rotina, observação atenta ao realizar as atividades, respeito o limite do outro..”
.(Julia)*

*“Continuar estudando e buscando novas informações... ser uma profissional que atende as necessidades do cuidado e sempre respeitando o outro”.
(Julia)*

“Achei muito válido, pois ele fez com que despertasse em mim sentimentos contidos, que há muito vem atrapalhando a minha satisfação profissional. É bom pararmos para pontuar as rotinas e problemas do dia a dia, e ver que existem profissionais que estão compartilhando com a gente as mesmas opiniões. Foi muito bom e produtiva esta reunião e o fato de encontrarmos apoio para resolução dos problemas enfrentados, me devolve o ânimo e o orgulho de ser TE.” (Ossilma)

*“Espero ter contribuído com uma mudança de conceitos que serão levados a outros profissionais, que ao escolher esta profissão, aprenda a ter olhares ao paciente, ao colega de trabalho e aos familiares. E que ao finalizar sua carreira, possa ter convicção que deixou o melhor de si para os outros.”
(Ossilma)*

“Quero agradecer a oportunidade e parabenizar o tema escolhido, pois há muito precisávamos desse incentivo” (Ossilma)

“Foi a primeira vez que pude falar abertamente sobre meu trabalho, sem ser julgada de forma errada”.(Cristina)

“No primeiro encontro, foi uma lavagem na alma, onde lágrimas de dor, angústia e frustração falaram mais alto”.(Cristina)

“A partir do segundo encontro, comecei a acreditar novamente no meu potencial, voltei e olhei ao meu redor e pude perceber as prováveis mudanças no dia-a-dia. Melhor do que pensar, é poder compartilhar seus pensamentos e ver que pequenas ações podem melhorar tudo a nossa volta”.(Cristina)

“Essa transformação foi tão positiva que percebi o amor que tenho por

minha profissão, desejo muito que minha classe se valorize e cresça a cada dia, que possamos partilhar as vivências em equipe. Para encerrar com chave de ouro, no último encontro, fiz a matrícula para o curso de graduação” (Cristina)

“Integrantes do grupo com dificuldade em relação ao tempo para os encontros” (Julia)

Terminada a avaliação escrita, deu-se início à gravação do áudio com a avaliação coletiva:

“Podia ter expandido mais. Na verdade, nem eu sabia o que seria quando recebi o convite, eu não esperava que seria desse jeito. Para mim foi uma surpresa também, se mais pessoas tivessem participado também a postura já iria começar mudar, sairiam daqui diferentes, com certeza. E isso eu posso falar por nós, só de conversar a gente já percebeu isso”. (Ossilma)

“E eu acho que isso foi um resgate. Para mim isso foi um resgate! Foi muito bom, tanto é que eu vou levar adiante” (Cristina)

“Eu me surpreendi muito com o tipo do trabalho, achei o tema muito interessante porque foi se perdendo a valorização de uma equipe técnica de enfermagem, não sei o motivo. E esse trabalho voltado para a gente, tendo a oportunidade de expressar o que a gente pensa, me devolveu aquele orgulho, sabe? Que eu tenho de ser uma técnica de enfermagem”. (Julia)

“Tem profissionais muito bons, e tem que começar a valorizar isso. Eu acho que isso como estudo é muito bom, você foi feliz em escolher esse tema! Eu tenho certeza que isso vai ajudar muita gente, alunos, profissionais, muita gente...” (Ossilma)

Quadro 2 - Temas que emergiram espontaneamente nos GF

	GF 1	GF2	GF3	GF4
TRABALHO EM EQUIPE	X	X	X	X
COMUNICAÇÃO	X	X	X	X
PERFIL PROFISSIONAL	X	X	X	X
SENTIMENTOS E EMOÇÕES	X	-	-	X
				(continua)

GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PELO ENFERMEIRO (LIDERANÇA, AVALIAÇÃO E SUPERVISÃO)	X	X	X	X
VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL	X	X	X	X
PROCESSO ADMISSÃOAL E EDUCAÇÃO CONTINUADA	X	X	X	X
PASSAGEM DE PLANTÃO	X	X	X	X
ESTRATÉGIAS PARA MUDANÇA DA PRÁTICA	-	-	X	X

Fonte: Própria

9. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos encontros realizados, emergiram 09 grandes temas que se repetiram em diversas situações. Constatamos que a maioria dos temas diz respeito à gestão da assistência de enfermagem. Para a discussão dos temas, consideramos a ordem em que os mesmos surgiram durante os encontros.

Os resultados apontaram que no processo de trabalho, os temas se direcionaram para a tecnologia leve-dura, com predomínio no campo da tecnologia leve.

É importante identificar qual é a percepção do TE sobre seu processo de trabalho, suas dimensões e condições de sua inserção, para que assim, possamos identificar qual é o objeto real do seu trabalho e a finalidade pela qual se trabalha⁶¹. Em UTIN, o TE tem como objeto de trabalho o RN, buscando não apenas a recuperação da saúde deste, como o reconhecimento e a valorização pelos cuidados de enfermagem prestados.

Identificamos no estudo uma riqueza inestimável em relação ao que os TE têm a oferecer em relação ao trabalho vivo, porém, as falhas na comunicação, a falta de avaliação e liderança, a desvalorização do trabalho e a forma de organização do processo de trabalho, transformam o trabalho do TE em trabalho morto.

Na UTIN, o objeto de trabalho é o RN, que não possui a fala como forma de expressar sentimentos e sensações. Desta forma, o espaço interseção se amplia devido à participação de terceiros neste processo- mãe, pai, família, trabalhadores. O produto final visa à satisfação de todos os atores envolvidos e isto torna-se um desafio diário para os TE que “produzem” cuidado.

A seguir, os temas serão discutidos e analisados separadamente para facilitar a compreensão:

9.1. Trabalho em equipe da enfermagem

O trabalho em equipe constitui prática onde a comunicação entre os profissionais está presente no cotidiano, e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem⁶².

O trabalho em equipe é um elemento fundamental para atingir os resultados

esperados durante o processo de trabalho. Ao focar no mesmo objetivo (produto final), faz-se necessário direcionar e dar sentido às ações. A especificidade do trabalho em UTIN requer a união e a integração da equipe, e a sintonia entre os profissionais traz consigo sucesso e ganhos nas ações executadas, com uma melhor qualidade da assistência prestada ao RN e a família, além da satisfação dos profissionais envolvidos.

Dessa forma, a adaptação na equipe exige que o TE tenha um perfil profissional mais específico. O profissional deve, além de estar preparado para assumir os cuidados de enfermagem, buscar novos conhecimentos na área, estar envolvido com o trabalho e exercitar habilidades necessárias ao bom relacionamento interpessoal, que deve se estender à família do RN.

Shimizu e Ciampone ⁶² enfatizam a importância do trabalho em equipe em UTI que surge como demanda do processo de trabalho nestes locais, observando a gravidade e complexidade dos pacientes, complexidade dos procedimentos e necessidade de tomadas de decisões imediatas. Em uma UTIN, acrescenta-se a família, justificando a especificidade do trabalho neste local.

O trabalho em equipe é proveniente da interação entre os profissionais e a articulação das ações, mediadas de forma simbólica pela linguagem. A centralidade do trabalho em equipe está na obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho. Assim sendo, o trabalho em equipe encontra-se na dinâmica das inter-relações e no vínculo entre os integrantes do grupo⁶².

Este tema reveste-se de extrema importância quando lembramos que o processo de trabalho na enfermagem, embora parecido com o de uma indústria, não se realiza sobre coisas, mas, sobre pessoas. Os trabalhadores da enfermagem participam do processo de trabalho e se tornam parte deste²⁹.

É importante lembrar que o trabalho na saúde destaca-se como um trabalho coletivo, mas nem sempre é um trabalho em equipe, uma vez que este necessita da articulação entre os profissionais, que se complementam para o alcance de um objetivo em comum⁶². O desafio quando é aceito e tem objetivos em comum fortalece a equipe. Não há sucesso quando se trabalha sozinho. A satisfação é plena quando há sucesso nas ações realizadas em equipe.

O processo de trabalho em UTIN exige que o trabalho em equipe tenha um propósito e isso é fundamental para o sucesso das ações. Se algum profissional da equipe estiver com outros objetivos ou finalidades, ocorrerá interferência prejudicial

no processo de trabalho. Os braços cruzados, no decorrer da dinâmica, foram interpretados como dificuldades encontradas durante o trabalho em equipe.

Estar em grupo, de uma maneira diferente ao local de trabalho, associado à informalidade trouxe uma aproximação e o reconhecimento da igualdade de importância de cada uma dentro do grupo. O grupo, trabalhando em equipe por um objetivo em comum, trouxe uma aproximação e identificação.

A comunicação é apontada como agente dificultador do trabalho em equipe. Refere-se à comunicação entre os TE, entre os TE e o enfermeiro, entre os TE e os pais dos RN e entre os diferentes turnos, conforme será explorado a seguir.

9.2. Comunicação

O processo de trabalho da equipe de enfermagem exige entrosamento, sintonia e boa convivência. O desvio dos objetivos do processo prejudica a comunicação e consequentemente, afeta o trabalho em equipe, levando à desunião. Uma comunicação efetiva traz resultados positivos no trabalho em equipe e a busca por um objetivo em comum une e traz satisfação quando o objetivo é alcançado, fortalecendo a equipe. Comunicação efetiva é imprescindível para o bom relacionamento interpessoal.

O ser humano sente, reflete, age e compartilha vivências com seus semelhantes por meio da comunicação. Essa capacidade diferencia os seres humanos, que se comunicam articulando passado, presente e futuro, não estando limitado somente ao “aqui e agora”⁶³.

Percebemos que a comunicação é uma atividade essencial no processo de trabalho do TE, enquanto membro da equipe de saúde. É ela que faz o intermédio das relações estabelecidas no ambiente de trabalho com o enfermeiro, médico, família.

Na comunicação, ocorre a emissão, recepção e compreensão das mensagens. Estas, por sua vez, podem ser emitidas de maneira verbal (escrita e falada) e não verbais (gestos, símbolos gráficos). São formas de exteriorizar o que se passa interiormente⁶⁴.

Falhas no processo de comunicação geram informações equivocadas, com dualidade de interpretação, prejudica a assistência, gera ansiedade e medo. A presença de ruídos na comunicação altera a estrutura da mensagem.

Os ruídos na comunicação são descritos como a presença de energias durante o processo de comunicação se interpondo ao canal de comunicação. Dessa forma, pode interferir em nossas habilidades de enviar e receber mensagens, levando o destinatário a perceber a mensagem de forma distorcida e produzir uma resposta inesperada⁶⁴.

Esses ruídos em UTIN podem ser induzidos por falta de preparo do profissional que dá a informação, falta de treinamento de abordagem, desconhecimento das rotinas, nervosismo e ansiedade dos pais, entre outros.

Visando a prevenção de divergência das falas entre os diferentes membros da equipe de enfermagem, a passagem de informações relacionadas ao RN e às rotinas dentro da UTIN no local do estudo é restrita ao enfermeiro do plantão. Não é necessário ter conhecimento técnico para interagir com os pais, mas o grupo levantou a questão da dificuldade em abordar os pais num momento de tamanha fragilidade que é ter um filho hospitalizado em uma UTIN.

O grupo analisou a expectativa dos pais quando vão à maternidade. Eles vão para contemplar o nascimento, a festa, os presentes. Nem sempre a ida à UTIN é esperada. A equipe teme a abordagem dos pais, sendo fundamental a equipe receber um treinamento sobre esse aspecto da comunicação.

As diferenças pessoais dentro da equipe de enfermagem vistos a diferença cultural, articulação, introversão, gera maior ou menor empatia com alguns pais, que começam a sentir preferência por determinadas TE. Isso causa desconforto na equipe e, por vezes, gera rivalidades. Embora cada um possua uma forma pessoal de se comunicar, sorrir, agir, todas tem o mesmo objetivo.

As dificuldades de comunicação entre os turnos, também são observadas com a continuidade dos plantões e a preocupação na avaliação que é feita das pendências deixadas. Isso por si só, gera desconforto, refletindo diretamente no relacionamento interpessoal.

As equipes se encontram apenas no momento da passagem de plantão, não havendo momentos para que eles interajam, se identifiquem e sintam que são igualmente importantes no processo de trabalho. Isso acarreta uma preocupação intensa no acerto das questões burocráticas do processo para “passar o plantão em ordem”, deixando muitas vezes, a comunicação com os pais e entre a equipe comprometida. As prioridades são invertidas.

A comunicação da equipe com o enfermeiro também revela fragilidades. A

omissão das informações foi recorrente nos encontros, a dificuldade ao acesso a novos protocolos, rotinas e mudanças no processo, foram algumas das questões exploradas no campo da comunicação. A informação sofre interferências e muitas vezes não chega ao conhecimento de todos os envolvidos.

Os TE querem sentir-se parte da equipe, de fato. O pouco acesso às informações faz com que os TE sintam-se submissos e não parceiros nessa jornada que possui um objetivo comum. A hierarquia não pode refletir na submissão da categoria.

Os TE constituem linha de frente nos cuidados ao RN em uma UTIN. São eles que observam as alterações hemodinâmicas, intercorrências, e por sua vez, levam essas informações à enfermeira que toma conduta ou solicita a resolução médica. As informações geradas pelos médicos passam para a enfermeira e muitas vezes não chegam até os TE, que ficam alheios às novas informações.

O sentimento de exclusão é forte quando o TE não é comunicado sobre alterações no processo do seu trabalho. Isso desuniformiza as condutas, faz com que cada plantão contenha regras próprias e gera rivalidades desnecessárias, descaracterizando o trabalho por continuidade.

A falha na comunicação com o enfermeiro vem refletindo na insatisfação dos TE, que desconhecem os procedimentos que são privativos do enfermeiro. Muitas vezes, os TE são impedidos de realizar um procedimento específico, antes de sua responsabilidade, sem qualquer explicação prévia. Não se recusam a entender o motivo pelos quais ocorrem mudanças na rotina, apenas querem ser informados.

Tal dificuldade é sentida com maior intensidade no turno noturno, devido à redução de pessoal e deficiência de treinamentos. A responsabilidade de treinar a equipe de enfermagem é do enfermeiro do setor, que acumula mais tarefas que o enfermeiro do turno diurno, que dispõe do Serviço de Educação Continuada das 8 às 17h. Dessa forma, as informações ficam sujeitas a se perderem, trazendo prejuízos à equipe e colaborando para a desmotivação e rivalidades entre os turnos.

É evidente que a boa comunicação melhora o relacionamento interpessoal e vice-versa. O respeito é a chave para o bom relacionamento. Respeitar a opinião do outro, compartilhar conhecimentos e transformar em potencialidades o que cada um tem de melhor. Sem comunicação, talentos não serão descobertos.

9.3. Perfil profissional

Outro ponto dificultador bastante explorado pelo grupo, foi o remanejamento de pessoal para a cobertura de faltas e folgas dos TE da UTIN. O trabalho em UTIN requer atenção, carinho com os RN, agilidade em urgência, comunicação efetiva e bom relacionamento interpessoal, uma vez que trabalhará com uma equipe e terá que interagir com pais em momento de fragilidade.

Por vezes, a obrigatoriedade em substituir um TE faz com que trabalhadores de outros setores sejam remanejados para esta função, sem que este se identifique ou entenda o processo de trabalho na UTIN. Tal fato acarreta descontentamento para os TE da UTIN e muitas vezes os sobrecarrega.

Os setores trabalham com uma escala para cobertura de outros setores, obrigatória. Será que o trabalhador que reconheça sua falta de perfil para atuar em uma UTIN teria seu apelo ouvido pelo líder?

Infelizmente, os TE que trabalham na UCI sentem-se desvalorizados por estarem distantes das tecnologias presentes na UTI, deixando de perceber a importância da tecnologia leve no processo de trabalho. Deixam de reconhecer a importância do contato com os pais, com o vínculo que é formado nesse encontro e do quanto seu papel como educador é importante para o processo de alta para casa. A supervalorização da tecnologia dura é responsável por esse pensamento.

Os cuidados prestados ao RN em UTIN são revestidos de maior complexidade e especificidade, inseridos num contexto voltado à recuperação do RN, parecendo não haver espaço para a inserção dos pais nos cuidados²⁰. Os equipamentos sofisticados que possibilitam diagnósticos e terapêutica, auxiliando a equipe de saúde no processo de recuperação da saúde do RN, sofrem distorções pela equipe de enfermagem, que muitas vezes os confundem como objetos do seu trabalho, não instrumentos.

Influenciado pela fragmentação, o trabalho do TE segue princípios tayloristas e, tendo como objeto de trabalho o RN hospitalizado, estes trabalhadores se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos, disputas pelo poder e outros fatores que são inerentes ao cotidiano desses trabalhadores⁶⁵. O TE que não tem claro seu objeto de trabalho, instrumentos e finalidade pela qual está trabalhando, torna-se alvo de questionamentos e avaliações que colocam à prova sua adequação para o trabalho designado.

9.4. Sentimentos

Os TE são gente que cuida de gente. Assim sendo, não é possível deixar os sentimentos de lado, separando o lado técnico do pessoal. Muitas vezes eles se identificam com as situações, sentem-se refletidos naquela situação.

Os RN em UTIN passam por um longo processo de recuperação, melhoras e pioras no quadro clínico e longos períodos de hospitalização. Relatos mostraram que ocorre o apego do TE com as famílias, gerando sofrimento emocional quando algo não acontece como esperado. A eles, cabe executar os procedimentos sem que haja espaço para extravasar sentimentos de angústia e tristeza.

Não existem regras ou receitas para minimizar os sentimentos de sofrimento, fazendo-se necessário que os trabalhadores estejam comprometidos com suas tarefas e que elas representem significados, também com a criação de espaços de convivência, oportunizando o viver em comum⁶⁶.

Convivem com o stress cotidiano, enfrentam a morte e deles é exigido que trabalhem sem demonstrar o sofrimento. Os sentimentos mais profundos são velados e essa sobrecarga emocional pode trazer prejuízos à vida pessoal e profissional.

Internações prolongadas podem levar a uma confusão nos papéis, pois o TE começa a sentir-se parte daquela vida, daquela família. Precisa dar força, mas também sente as dores desse vínculo que foi formado. Ao negarem o sofrimento presente nas atividades cotidianas, alguns destes trabalhadores desistem da profissão, tamanho é o desgaste físico e emocional⁶⁷. Não há um espaço para que os TE sejam acolhidos, ouvidos, oportunizando a elaboração desses sentimentos.

Trabalhar a morte do RN também algo difícil para a equipe. A elaboração desse sentimento apareceu como força divina, algo maior, essa é a forma que é utilizada para elaborar a dor da perda e trabalhar o risco de responsabilização pelo acontecimento.

A inconformação com a morte do RN quando as medidas terapêuticas não alcançam êxito, dificuldade em lidar com o evento da morte, sentir a dor do outro e não saber lidar com ela, desconhecer os limites e necessidades como cuidadores, são alguns dos problemas que merecem destaque quando refletimos sobre a vivência dos profissionais de enfermagem frente à morte do RN⁶⁸.

A consciência da responsabilidade de trabalhar com vidas faz com que a

equipe trabalhe sob stress constante, sentindo a necessidade de trabalhar com comprometimento, carinho e atenção. A união entre o conhecimento e o amor é visto como essencial para o bom desempenho da equipe de enfermagem, para atingir o resultado esperado.

9.5. Gestão do processo pelo enfermeiro

O grupo ressaltou algumas das habilidades que são necessárias para que o enfermeiro da UTIN conduza a equipe de enfermagem. O enfermeiro, enquanto líder da equipe precisa conhecer cada TE, reconhecer suas deficiências e agir sobre elas, trabalhando as potencialidades. Dessa forma, estaria aproximando a equipe, uniformizando a equipe e melhorando a comunicação. O enfermeiro precisa trabalhar próximo da sua equipe, pois só assim identificará as dificuldades e habilidades individuais.

Ao enfermeiro cabe entre outras, tarefas diretamente relacionadas com a liderança da equipe de enfermagem e sua atuação junto ao cliente, bem como o gerenciamento dos recursos – materiais, humanos e de informação-, necessários para a assistência de enfermagem. Dele, espera-se conhecimento do que faz, habilidade técnica e atitudes adequadas. Aos membros de sua equipe, espera-se que tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas⁶⁹.

O entrosamento entre o enfermeiro e sua equipe cria a intimidade necessária para melhor abordagem das situações cotidianas. O líder enfermeiro deve treinar sua equipe para trabalhar de maneira uniforme e elevar as melhores características individuais.

A intimidade traz a liberdade, melhora o acesso ao TE que necessita de atenção especial em determinada situação. Uma angústia do grupo foi a sinalização da necessidade de sentirem-se observadas pelo enfermeiro. Estar sob supervisão constante do enfermeiro foi considerado um fator motivador no processo de trabalho. Da mesma maneira, a necessidade de feedback sobre processos desenvolvidos pela equipe de enfermagem foi constante no grupo.

A supervisão do enfermeiro faz com que o TE trabalhe mais comprometido com o serviço, pois sabe que está sendo observado e será cobrado por isso. Não havendo supervisão, o comprometimento será menor podendo afetar diretamente na qualidade da assistência prestada.

A avaliação do enfermeiro pode identificar com mais precisão os TE que não atendem ao perfil estabelecido para atuar na UTIN. Dessa forma, ele tem a possibilidade de uniformizar a equipe de TE, capacitando-os para prestar cuidados ao RN crítico, sem sobrecarregar os trabalhadores com maior tempo de experiência profissional.

Vale ressaltar que comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente, tomada de decisões e atenção à saúde, são algumas das habilidades e competências gerais esperadas do enfermeiro que lidera uma equipe de enfermagem.

Tantas exigências na área gerencial nos remetem a uma análise mais apurada sobre a formação dos enfermeiros, que encontra-se voltada para a área assistencial, ao cuidado direto, contrapondo-se às exigências administrativas e gerenciais exigidas pelas organizações de saúde⁷⁰.

Observa-se uma dificuldade do enfermeiro em articular o cuidado direto e as atividades gerenciais. Tal dificuldade pode estar relacionada à forma com que esses conteúdos foram abordados durante a formação profissional e às influências dos valores das organizações em que está inserido.

9.6. Valorização profissional

A falta da valorização do trabalho executado pelo TE é sentida como o maior ponto dificultador do processo de trabalho de enfermagem na UTIN. O grupo elaborou uma série de reflexões sobre esse aspecto. Ao TE cabe executar tarefas, essa foi a definição de seu trabalho, citada durante as reflexões.

O incentivo à equipe é fundamental, valorizando os profissionais, que sentem-se mais respeitados, valorizados e motivados e isto reflete-se em relações interpessoais mais saudáveis com a equipe e com os pacientes⁴⁷.

Em pesquisa que avaliou a qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem, evidenciou-se que as fontes de maior satisfação são o *status* profissional, autonomia e a interação satisfatória com o outro⁷¹.

A falta das reuniões de equipe, sinalizada pelo grupo, traz rivalidades, pois separa não só as equipes dos diferentes turnos, como dentro da própria equipe. Além da falha na comunicação, perde-se a oportunidade de conhecer melhor os trabalhadores e de beneficiar-se de seus conhecimentos.

Ser TE, apesar das dificuldades elencadas, é visto como motivo de orgulho. Permanecem na profissão escolhida porque acreditam nela. São capazes de ver o RN, olhá-lo como um todo e identificar problemas.

A busca pela valorização profissional da categoria também deve partir do profissional, em buscar novos conhecimentos. As competências profissionais são o caminho para a valorização profissional.

9.7. Processo admissional/ educação continuada

O processo de admissão do TE é um fator dificultador do processo de trabalho, uma vez que há escassez de TE preparados para atuar em UTIN e há uma falha no treinamento admissional, que insere o recém-admitido precocemente nos cuidados diretos ao RN.

O processo de integração do recém-admitido tem a finalidade de informá-lo sobre diversos aspectos da vida funcional e social da instituição. Falhas ocorridas nesta fase podem comprometer o desempenho das atividades 74. Geralmente, esse processo acontece em duas fases, iniciando com a integração do recém-admitido à organização e, posteriormente, ao setor de trabalho.

Bucchi e Mira⁷², afirmam que o treinamento admissional tem sido desenvolvido com o propósito de preparar os profissionais da equipe de enfermagem para prestação da assistência baseada nas diretrizes institucionais, alinhando-o à missão, visão e valores da instituição.

Observamos neste estudo, que o treinamento do TE está relacionado aos ensinamentos dos TE mais experientes e com maior tempo de trabalho na instituição, que ficam responsáveis por auxiliá-los nas dificuldades e ensinar novos procedimentos. Aprendem a rotina do setor, mas não há um responsável pela tarefa de treiná-los. Assim, os procedimentos de maior complexidade quase sempre são executados pelos mesmos TE, já que os novos, ainda não são considerados preparados para tal. Acaba tornando-se um interesse de quem está sendo contratado e não uma exigência.

O TE admitido necessita de um roteiro a ser seguido, antes de iniciar a prática dos cuidados de enfermagem. É necessário lembrar que se deve dar sentido às ações. A necessidade da elaboração de um roteiro para o treinamento do TE recém-admitido permitiria que todos fossem treinados da mesma forma e assim tivessem as

condutas uniformizadas.

A educação continuada e os treinamentos também sofrem déficits. Esse ponto foi colocado como uma necessidade de renovar os conhecimentos e aproveitar o tempo ocioso para a atualização da equipe. Essa ação deixaria a equipe mais comprometida com o serviço.

9.8. Passagem de plantão

A passagem de plantão é um dos instrumentos de trabalho usado pela enfermagem, no início e no término de cada turno de trabalho. Estes momentos incluem todos os profissionais de enfermagem envolvidos e neles são repassadas as ocorrências sobre o RN durante o turno que foi trabalhado, cuidados prestados, exames realizados, alterações em prescrições médicas ou de enfermagem e pendências para o próximo turno⁷³.

É a passagem de plantão que garante a continuidade da assistência de enfermagem, por meio da comunicação entre os profissionais de enfermagem. Enfermeiros e TE repassam dados clínicos, conhecem a história clínica dos RN recém-admitidos e outras informações relacionadas à família⁷³.

Na UTIN estudada, o enfermeiro é visto como fundamental durante o processo de passagem de plantão, onde deveria conduzir e focar no processo, evitando ruídos na comunicação. O processo da passagem de plantão foi analisado pelo grupo, que sentiu a necessidade de mudança no seu modelo.

A responsabilidade do enfermeiro em coordenar e planejar a passagem de plantão é ressaltada por Portal e Magalhães⁷⁴, uma vez que trata-se de uma forma rápida e prática de receber, transmitir e delegar atribuições, levando a equipe a trabalhar de forma cooperativa, com consequente melhora na qualidade da assistência de enfermagem.

Atualmente, na UTIN estudada, a passagem de plantão acontece de forma dissipada, onde cada TE recebe o plantão apenas dos RN que estarão sob seus cuidados durante o turno e o enfermeiro recebe o plantão do enfermeiro do turno anterior, separadamente do restante da equipe. Esse modelo foi criticado, uma vez que a equipe acaba sentindo-se excluída e privada de informações relevantes ao processo de trabalho.

Observou-se a urgente necessidade de adequação e sistematização da

passagem de plantão, de forma a garantir a participação de todos os envolvidos da equipe de enfermagem no planejamento dos cuidados de enfermagem, continuidade da assistência e atualização das informações.

9.9. Estratégias

As vivências dos pontos dificultadores do processo poderiam ser amenizados com algumas estratégias simples, que não demandam grandes esforços. Reuniões dentro da equipe e entre os turnos facilitaria a comunicação e traria resolutividade aos problemas e temas emergentes. Isso reflete diretamente na melhora do relacionamento interpessoal tornando a comunicação efetiva.

Aproveitar os momentos mais calmos para realização de treinamentos, atualizações, melhoraria a comunicação, faria com que o TE se sentisse valorizado e assim, mais comprometido com o trabalho. Durante os GF ficou evidente que a informação empodera a equipe.

Com a reestruturação do processo admissional, o TE recém-admitido antes reconheceria os instrumentos de seu trabalho e, posteriormente, iniciaria suas atividades técnicas. O enfermeiro, por sua vez, faria a supervisão dos primeiros procedimentos, explicando e corrigindo falhas, de forma que todos fossem treinados da mesma maneira.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivos discutir a percepção dos técnicos de enfermagem sobre o processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Santa Lucinda, identificar os desafios e possibilidades vivenciados durante o processo de trabalho na UTIN do HSL, proporcionar aos técnicos de enfermagem da UTIN do HSL um espaço para a identificação e reflexão sobre as dificuldades vividas que interferem no processo de trabalho e mediar a construção de propostas de intervenção voltadas às necessidades elencadas pelos técnicos de enfermagem da UTIN do HSL.

Há tempos nutria o interesse em conhecer as vivências do processo de trabalho desses trabalhadores que constituem linha de frente nos cuidados de enfermagem em uma UTIN, convivendo com trabalho exaustivo e repetitivo, jornada dupla, baixa remuneração e sobrecarga de trabalho. Por meio da pesquisa-ação, procurei compreender a realidade desses profissionais, fornecendo subsídios para a problematização da realidade, com a tomada de conhecimento e consequente transformação da realidade.

O primeiro encontro foi decisivo para os posteriores. A reflexão sobre o processo de trabalho levou-os a compreender a importância de cada um para o trabalho em equipe. Lágrimas demonstraram sentimentos que estavam guardados. Revelou sentimentos que, uma vez compartilhados, fez com que os atores se identificassem, unindo-os. A partir do segundo encontro, foi nítida a mudança de postura dos atores, que estavam mais confiantes e preparados para esboçar as primeiras estratégias que poderiam atender a demanda dos temas pontuados como dificultadores do processo de trabalho.

As estratégias para a mudança da prática foram sendo construídas com propriedade, e o empoderamento foi sendo observado de forma crescente, sinalizando que a compreensão da realidade vivenciada começava a gerar frutos.

Os resultados evidenciaram que o processo de trabalho dos TE da UTIN do local estudado ainda constitui um desafio diário para estes profissionais, e que muito se deve à complexidade do cuidado prestado.

Reflexões acerca do processo de trabalho no cotidiano são fundamentais, a fim de se rever as práticas. Porém, observamos que a própria dinâmica do trabalho não possibilita esses momentos.

Há certa insatisfação dos TE, que não se sentem valorizados como gostariam de ser no desempenho de suas atividades profissionais. Acredita-se que a valorização profissional deva ser uma meta do modelo de gestão de pessoas, capaz de motivar os trabalhadores, resultando no melhor desempenho de suas atividades.

Em um ambiente complexo como a UTIN, é fundamental cuidar de quem cuida e reconhecer o valor desses trabalhadores. Assim, todos são beneficiados, pois o TE física e psicologicamente saudável, conseqüentemente poderá oferecer um trabalho de qualidade.

Para os atores, a boa comunicação e o trabalho em equipe representam a possibilidade de melhorar aspectos do relacionamento interpessoal. O diálogo entre a equipe, entre os turnos e com o enfermeiro foram fatores dificultadores observados, sendo o último revelado como o mais frágil. A inserção do TE nos processos de gestão, consiste em uma estratégia de promoção da auto-estima e de inclusão desse trabalhador como ator no seu processo de trabalho.

Apontou-se a necessidade dos enfermeiros repensarem e reestruturarem o modelo de gerenciamento que vêm desenvolvendo. Uma flexibilidade no modelo de gestão, redesenhada com a participação de toda equipe de enfermagem, traria maior horizontalidade nas decisões e melhoraria a participação do TE nos processos de decisão. A criação de espaços democráticos agrega valor ao humano e permite maior comprometimento dos envolvidos.

O perfil profissional, bastante explorado, foi definido como um conjunto de qualidades necessárias que o TE precisa ter para trabalhar em uma UTIN. Toda equipe envolvida no cuidado deve estar atenta ao acolhimento do colega recém-admitido, mas a necessidade da reestruturação do processo admissional é observada como fundamental para a integração desse trabalhador no setor, na equipe e para a execução das atividades a ele designadas.

Reflexões sobre a passagem de plantão trouxeram questionamentos sobre o ideal e o real. Sabemos que a eficácia da passagem de plantão depende do comprometimento e da valorização dessa atividade pela equipe de enfermagem. Embora possa estar organizada de diferentes maneiras, sofre influência da sistematização e da dinâmica de cada instituição. Assim, observou-se a fragilidade presente neste processo, havendo a necessidade de união dos trabalhadores envolvidos e adequação desse instrumento de trabalho, a fim de estabelecer um modelo que se adeque às necessidades do setor e permita o fluxo adequado de

informações para a continuidade da assistência

Como pesquisadora, avalio que os grupos transformaram-se em um espaço de escuta, compartilhamento de vivências e situações cotidianas contidas. O fortalecimento do grupo foi confirmado quando foi pactuada a necessidade de reunião com a coordenadora da unidade, para exposição dos agentes dificultadores do processo de trabalho, seguidos da apresentação de estratégias para mudança da prática.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados e os resultados demonstraram o empenho do grupo na busca da transformação da realidade. É inquestionável a riqueza de conhecimentos que cada TE carrega consigo, o olhar, sensibilidade e dedicação. Estes trabalhadores buscam o merecido reconhecimento profissional como atores da equipe de saúde e solicitam a gestão e avaliação do processo de trabalho pelo enfermeiro, a quem atribuem a missão de destacar as potencialidades individuais e intervir nas deficiências, buscando uniformizar a equipe.

Julgo ser importante posterior ampliação desse estudo com o objetivo de reconhecer as vivências do processo de trabalho do enfermeiro da mesma UTIN, buscando compreender as características do seu trabalho, competências esperadas e desenvolvidas, bem como as dificuldades encontradas no desempenho de suas atividades. Os resultados contribuiriam para o enriquecimento do presente estudo, permitindo uma análise mais elaborada do contexto no qual a equipe de enfermagem está inserida e a mediação de ações voltadas para a satisfação profissional de todos envolvidos.

Os resultados também apontaram para a importância da liderança do enfermeiro para melhorar a convivência, compartilhando informações e ouvindo a equipe, conduzindo a passagem de plantão. Faz-se necessária a criação de espaços de escuta, para que todos possam expor dúvidas, sugestões, frustrações, compartilhando vivências, e o comprometimento para a realização de reuniões de equipe periódicas para melhorar o fluxo das informações e dar resolutividade aos problemas cotidianos.

Que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre o tema e subsidiar futuras ações que possam atender as dificuldades elencadas. Os gestores devem estar sensibilizados para atender às demandas específicas desse setor na instituição de saúde, propiciando à equipe momentos para perceber melhor a si e ao outro.

Essas páginas representam um tesouro capaz de direcionar o enfermeiro na condução do processo de trabalho de enfermagem em uma UTIN, compreendendo as principais dificuldades pelas quais o TE convive em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

1. Duarte APP, Ellensohn L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. Rev. Enferm. UERJ 2007 Out/Dez; 15(4): 521-26
2. SCHUARTZ, YVES; DURRIVE, Louis. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói:EdUFF, 2007
3. Gomes et al, 2010 GOMES, Rafael et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Trabalho em equipe sob eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj, 2010.
4. Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Omoko R, organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997; p. 71-151
5. Mendes Gonçalves, R.B. medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. 1979. 209F. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Faculdade de Medicina da USP. Universidade de São Paulo, 1979
6. 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: Hucitec/Abrasco, 1994
7. Martins JJ, Faria EM. O cotidiano do trabalho de enfermagem em UTI: Prazer e sofrimento. *Texto & Contexto Enfermagem* 2002 Jan/Abr; 11(1): 222-43
8. Tronchin DMR, Tsunechiro MA. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev Bras Enferm* 2005 jan-fev, 58(1):49-54.
9. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):472-80.
10. Avery, GB.; Fletchek, M.A.; MacDobald. MG. Neonatologia – fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.
11. HESS, J. H. Chicago Plan for Care Premature Infantes. *JAMA* v.146, n.10, p.891-893, 1951. Disponível em:<
<http://www.neonatology.org/classics/hess.chicagoplan.html>
Acesso em 17 de Julho de 2014.

12. Rolim KMC, Araújo AFPC, Campos NMM, Lopes SMB, Gurgel EPP, Campos ACS. Cuidado quanto à termorregulação do recém nascido prematuro: o olhar da enfermeira. Ver Rene. 2010; 11(2): 44-52
13. RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p.1870-1903. 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br>. Acesso em 17 de julho de 2014
14. Oliveira. RMS; Castro, SC; Franceschini; Priore, SE. Avaliação Antropométrica do recém –nascido prematuro e/ou pequeno para a idade gestacional. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. V. 23 n. 4 p. 298-304, 2008.
15. Braga, TODA; Araujo, TCC; Pessoa, ZFC. Neonatologia. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Rio de Janeiro: Medsi, 2004
16. LIMA, GS. Avaliação do recém-nascido. In: LIMA, G.S.; BRAGA, T.D.E. MENESSES, J.A. Neonatologia. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Rio de Janeiro: MEDSI, 2004
17. Hudak, CM; Gallo, BM. Cuidados Intensivos de Enfermagem. Uma abordagem holística. RJ. Guanabara Koogan, 2007
18. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, 1.ed, Brasília DF, 2013.
19. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, Ministério da Criança/Projeto Minha Gente, 1991
20. Gaiva, MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado do prematuro em UTI neonatal. Rev. bras. enferm 2005 July/Aug; 58(4): 444-48
21. Terra AAA, Dias IMAV, Araujo RCJ, Reis VN. O processo de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. HU Revista 2011 Jan/Mar; 37(1): 55-61
22. Steele, Katherine H. Caring for parents of critically ill neonates during hospitalization: Strategies for health care professionals. Maternal-Child Nursing Journal 1987;16(1): 13-27
23. Gaíva, MA M; Scochi, CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-476, maio/jul. 2004.

24. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. O processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Rev. esc. enferm. USP* 2009 Sept; 43(3): 647-54
25. MARX, k. O Capital. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994
26. MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)
27. Scharaiber, L.B. Ética e subjetividade no trabalho em Saúde. *Divulgação em Saúde para debate*, Londrina, v.12, p. 36-38. 1996.
28. Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002
29. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev. brasil. enfermagem* 2007 Mar/Apr; 60 (2): 221-24
30. ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática. São Paulo: Cortez, 1986
31. PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
32. Peduzzi. M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, fev. 2001
33. Pires DEP. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm* 2009;62(5):739-744.
34. PEDUZZI, M. Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007a. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007a.
35. Merhy, EE; Chakkour, M. et al., 1997. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em Saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In Merhy, Emerson Elias & Onocko Rosana (org). *Agir em Saúde*, São Paulo, Hucitec, p.113-150
36. FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAP-PIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006

37. MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Reme-Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v.7, n.1, p. 61-66, jan-jul.2003
38. MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-111.
39. PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: AnnaBlume/ CNTSS, 1998.
40. MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 683-692, set. 2010.
41. GOMES, Rafael et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros; MATOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Trabalho em equipe sob eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc- IMS/Uerj, 2010.
42. MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.
43. Merhy, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
44. ROCHA, Semiramis ; ALMEIDA, Maria Cecília (2000) - O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 8, nº 6, p. 96-101
45. Marques PA, Melo ECP. O processo de trabalho em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev.esc. enferm. USP* 2011 Apr; 45(2): 374-80
46. Garanhani ML, Martins JT, Robazzi MLCC, Gotelipe IC. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significado para técnicos de enfermagem. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas* (Ed.port) [on line] 2008 Ago;4(2). Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a07.pdf>

47. Oliveira BRG, Lopes TA, VieiraCS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & Contexto Enferm* 2006; 15 (Esp): 105-13
48. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Latino-americana enfermagem* 2005 Março/Abril; 13(2): 145-50
49. Santini AM, Costenaro RGS, Medeiros HMF, Zaberlan C. Estresse: Vivência Profissional de enfermeiras que atuam em UTI Neonatal. *Cogitare Enf* 2005 Set/Dez; 10(3): 14-22
50. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul. enferm* 2006 Oct/Dec; 19(4): 456-61
51. Calderero ARL, Miasso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Rev.eletr. enf.[internet]* 2008;10(1);51-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>
52. Martins JJ, Faria EM. O cotidiano do trabalho de enfermagem em UTI: Prazer e sofrimento. *Texto & Contexto Enfermagem* 2002 Jan/Abr; 11(1): 222-43
53. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2009.
54. Sant'Anna, SR; Hellington EA. Micropolítica do Trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo d formação de trabalhadores da saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p223-244, 2011
55. Vasconcelos, E.M. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Brasil (org). *Cadernos de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. P. 18-30
56. Freire, Paulo. *Pedagogia do oprimido*, 48ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005
57. Kitzinger J. Focus groups with users and providers of health care. In: Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. 2nd ed. London: BMJ Books;2000. p. 20-9.
58. Minayo, MCS. *O desafio do Conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996

59. Chiesa , AM; Ciampone, MHT. Princípios Gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CI-PESC. Brasília: ABEN, 1999, p.306-324
60. MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
61. Fracolli L A, Granja GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. Rev. esc. enferm. USP 2005; 39 (Esp) 597- 602
62. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12(4):623-30.
63. Maguida Costa Stefanelli; Emilia Campos de Carvalho. (orgs) 2 ed. Barueri-SP, ed. Manole. Cap 1 A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem
64. Mourão, CML; Albuquerque, MAS; Silva, APS et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. Rv. Rene. Fortalez, v.10, n.3, p.139-145, jul/set. 2009
65. Martins, JT; Robazzi, MLCC; Bobroff, MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Djouriana. Rev.Esc. Enferm. USP, 2010; 44 (4): 1107-11
66. OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; LOPES, Thaís Azzoni; VIERA, Cláudia Silveira and COLLET, Neusa. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp. 105-113. ISSN 0104-0707
67. Gomes, GC; Filho WDL, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. Ver. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14 (1): 93-9
68. Silva, LCSP; Valença CN; Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Ver Bras Enferm, Brasília 2010 set-out; 63 (5): 770-4
69. Cunha ICKO; Neto FRGX. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15 (3): 479-82
70. Lourenção, DCA; Benito, GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63 (1)

71. Schimidt, DRC; Dantas RAS; Marziale, MHP; Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18 (2): 330-7
72. Buchi, SM; Mira, VL. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44 (4): 1003-10
73. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 469-476, jun. 2004. ISSN 1518-8345. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1883>>. Acesso em: 19 Jul. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300004>
74. Portal, KM; Magalhães, AMM. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2008 jun; 29 (2): 246-53

APÊNDICE A – TABELA SOBRE OS GRUPOS FOCAIS

1º encontro

Dinâmica de integração: “O Reverso da Roda”

Importância do trabalho em equipe	<p>...é um desafio... e desafio sempre desperta alguma coisa forte na gente. E quando a gente consegue com o grupo, você tem uma satisfação muito grande... de que junto a gente consegue (...) Fortalece a equipe.</p> <p>A gente trabalhando junto, a gente tem que trabalhar num propósito... falar a mesma língua para dar certo. As pessoas são diferentes</p> <p>se não falar a mesma língua fica difícil de trabalhar</p>
Importância da colaboração no trabalho em equipe	A gente conhece pouco uma a outra, né? (...)colaborando uma com a outra, tentando colaborar com a outra. O grupo como um todo que levou a gente a conseguir.
Focar no mesmo objetivo aproximaram-nas	todas as pessoas estavam tentando pensar no mesmo objetivo e ficar com o propósito que foi pedido... acho que todas pensaram no mesmo foco
Receptividade dos “novos” e “antigos” funcionários	Dependendo de cada pessoa eu vou agir conforme cada pessoa reage
Respeito ao espaço de cada um dentro da equipe	Ninguém tentou sozinho... foi a equipe mesmo
Sintonia/ vivências/ empatia entre a equipe que trabalha em setor fechado aumenta a convivência	<p>Acho que uma boa equipe envolve isso, né? Essa sintonia, e a vivência do dia a dia. Eu vejo que a dinâmica foram as dificuldades que nós temos. Falo por nós, temos N dificuldades... Falo por nós, né? setor fechado.. Ainda mais nós que temos que trabalhar de duas... se eu não fizer o mesmo que ela, o mesmo pensamento, não vai sair certo</p> <p>então eu vejo que a equipe quando está em sintonia, há muitos ganhos, né?</p>
Perfil da equipe deve ser uniforme	Eu tava pensando aqui que os braços cruzados alí na dinâmica focando lá no meu trabalho...tem pessoas na nossa equipe que infelizmente nunca descruzam esses braços

Valorização profissional	Você tem que confiar na sua equipe de trabalho, certo? A equipe é isso, são meus olhos quando não estou...
Processo de trabalho : remanejamento de pessoal pessoas fora do perfil	<p>...aí chega uma funcionária na porta e fala assim: eu não gosto de criança, eu não sei o que estou fazendo aqui, não sei por que me mandaram aqui.. e foi um dia ruim pra gente, isso dói pra gente. Se essa pessoa fizesse parte da minha equipe, será que eu iria conseguir confiar nela?</p> <p>Na hora que ela chegou na porta e falou isso, falei: vou chamar a enfermeira, espera aí um minutinho... a Dra. X ouviu, veio na mesma hora e falou pra enfermeira : -pelo amor de Deus, tira essa menina daqui</p>
Qualidade de vida do trabalhador	Quando você tem o mesmo foco, tudo fica melhor, e é tanto na vida pessoal, como na dinâmica mesmo, na vida profissional tem que ter isso, né? As pessoas tem que resgatar isso

Leitura em voz alta da “História de Aninha”. Ao término, lançado o tema disparador da pesquisa : -Como você avalia o seu processo de trabalho como técnico de enfermagem da UTIN do HSL?

O primeiro tema a se destacar são os aspectos do relacionamento entre a equipe de enfermagem e os “pais de UTI” e os sentimentos despertados nessa relação:

Formação de vínculo	Tanto ela quanto a gente enfrentamos várias dificuldades, né? Esse bebê é prematuro, tá grave, daí daqui a pouco ela vê aquela recuperação e daqui a pouco aquela recaída. Então a gente passa pelo mesmo processo, né? A gente tá tentando fazer de tudo também, né?... Numa hora dessas, num adianta você ignorar, dar as costas, porque eles precisam, eles precisam de força, né?
Sofrimento / stress gerados pelo vínculo	
Internação prolongada	Principalmente esses que precisam mais, ficam mais tempo com a gente. Querendo ou não, a gente cria um vínculo. A mãe e a gente sempre tem uma esperança, né? Que melhore, que saia...a gente se apegar, se apegar ainda mais porque parece que quanto mais precisa, mais você dá, né?

Pergunto se esses sentimentos interferem no processo de trabalho e de que maneira :

Qualidade de vida no trabalho (doar-se, vínculo, apego)	A gente acaba se apegando, né? Mas não que atrapalhe...
Sufrimento da equipe	A mãe contou uma história dela, do sentimento dela... só que daí é o nosso psicológico, tudo o que tivemos que passar nessas recaídas que o bebê teve? ...Nós também sofremos
Desgaste	As vezes, nesse processo longo de internação, desgasta muito o psicológico da gente, porque cada dia você encontra tanto a mãe quanto o bebê de um jeito. E nós, como cuidadoras, nós temos que nos manter os mesmos... então a gente tem que estar sempre brigando com os nossos sentimentos
Processo de trabalho – resultados	Até chegar o contexto de a criança sair e a mãe ficar agradecida, ela passa por um monte de coisa e a gente tem que entender o lado da mãe, né?
Falta de apoio emocional ao colaborador de enfermagem	eu concordo com isso, nós temos que ajudar. Mais assim, quem que ajuda a gente? Quem que me entende e fala, quem entende o outro lado?

Questiono de onde vem o apoio emocional necessário para seguir adiante na profissão:

Frustração	As vezes você faz o melhor de você, você dá tudo o que pode mas mesmo assim não consegue atingir seu objetivo... as vezes você vai embora com um sentimento de que se tivesse feito, ainda...
Sufrimento	
Sentimento de impotência	
Sentimento de culpa	Eu ofereci... quer pegar o bebê no colo? Ela dis se assim: não, eu estou com pressa, vou embora e a noite eu volto. Só que quando essa mãe retornou a noite, já não podia mais pegar o bebê no colo, o bebê tinha piorado e estava intubado. Eu pensei assim comigo: eu devia ter insistido para mão pegar ele no colo
Humanização do trabalho	
Processo de trabalho	

Sobrecarga de trabalho e humanização	As vezes a gente não consegue oferecer para a mãe... a gente tem muito trabalho a equipe as vezes tem poucos funcionários e tem vários rns para cuidar, então as vezes você não consegue oferecer para a mãe o que ela está esperando
Dimensionamento de pessoal	

Questiono se existem fatores que dificultam a humanização na UTIN :

Sobrecarga de trabalho	As vezes você entra no plantão, tem poucos funcionários e muita coisa para fazer.. você não tem tempo as vezes, mas isso não acontece todos os dias. Essa parte de humanização, da nossa parte assim, em alguns momentos a gente, eu acho que falha
Falha na comunicação (defesa/ falta de conhecimento, falta de rotina)	CONTAR O CASO!!!

Questiono como poderia ser diferente, se existem sugestões para melhorar esses aspectos abordados:

Respeito e empatia pelos pais	Eu não posso dar maiores informações do caso da criança...mas eu acho que o fato de você olhar, eu sempre entro lá e falo bom dia. Não dei nenhuma informação técnica, não falei o quadro do bebê mas ele viu que alguém enxergou ele ele veio só para a maternidade, não para o hospital...ele veio para a plaquinha na porta, para os presentinhos...
Perfil profissional para atuar em UTIN	
Falta de rotinas específicas	Eu acho isso falho, eu acho que todos da equipe tem que ter esse treinamento de abordagem

Sobre o fato descrito, pergunto “como você avalia o processo de levarem o RN para a UTIN sem comunicar os pais?”:

Houve falha na comunicação entre a equipe da internação e da UTIN?

Comunicação : falha	...a parte da comunicação é sempre complicado ...o bebezinho precisava receber um concentrado de hemáceas e a mãe achava que ela... que se não doassem o sangue, o bebê não iria receber... É uma forma de comunicação errada
Enfermeiro líder	...e eu acho que o líder tem que conhecer cada um dos profissionais, saber as qualidades de cada um, pra poder agir nas deficiências...
Morte (enfrentamento da equipe)	A criança morreu...mas isso tem uma força maior que a gente, por que não somos Deus. Então tem uma hora que por mais que a gente faça, a gente não consegue por que não era para ser assim... então a gente tem que trabalhar muito esse emocional, por que é complicado
Diferenças pessoais dentro da equipe	Tentar sempre ser uma equipe, né? A gente tem que respeitar o jeito de cada um, e o trabalho de cada um, nós somos diferentes, cada um conversa de um jeito, um conversa menos...mas o objetivo é o mesmo

Peço maiores explicações sobre a questão da “preferência” por alguns profissionais TE, citada anteriormente:

Competição dentro da equipe	Quando não tem competição, o serviço sai melhor...quando não tem esse espírito de competição, o serviço sai bem melhor...
Respeito às diferenças dentro da equipe	É legal quando você consegue entender que na sua equipe tem pessoas diferentes mas que estão com o mesmo propósito!... que meu banho chega na mesma finalidade que o dela mas com processos diferentes...linguagem diferente ... tem que ter respeito
Qualidade x Produtividade	Gente, vamos agilizar! Aqui a gente tem que agilizar!

Valorização profissional	<p>A gente que pensa, que cobra...então eu vejo que quando você começa a envolver o seu trabalho e começa a questionar, muitas vezes você é barrado, sim!</p> <p>Vi cara feia quando fui abordar aquele pai na porta, porque não era minha função. E não é que desacatei alguém, o médico e o enfermeiro estavam ocupados prestando assistência e eu não estava... então não me custou nada...as vezes você é mal interpretado por esse motivo. Uma vez ouvi que sou uma auxiliar frustrada... eu sou uma auxiliar que gosta de trabalhar. E isso é uma coisa que magoa a gente</p>
--------------------------	---

Pergunto se a produtividade é mais cobrada ao aproveitamento do potencial de cada colaborador:

Sobre a comunicação na passagem de plantão:

Continuidade da assistência	Poxa, passou tudo bagunçado, passou a incubadora suja, passou não sei o que...
Papel do enfermeiro na passagem de plantão	Eu acho que isso é uma questão do enfermeiro mesmo...a atuação do enfermeiro nessa hora é muito importante para não gerar discórdias... você tem que ser líder para não criar atrito, não criar inimizades pra cortar as coisas que alguém fala, pela raiz..entendeu?

Pergunto se a ação do enfermeiro minimiza os atritos entre a equipe:

Reunião de equipe	<p>Reunião de equipe, nós não temos!...nós não temos entrosamento entre as equipes, nós não temos reuniões. Por exemplo, ter uma reunião dos enfermeiros, todas equipes passam o que aconteceu, o que mudou...</p> <p>acho que isso ajuda...vamos sentar um pouquinho hoje, o que aconteceu hoje de manhã, o que está acontecendo?...e não existe isso. É uma falha muito grande. Você gera rivalidade, você separa as equipes, e como você vai separar as equipes num atendimento de 24h? Precisamos trabalhar juntos, desfazer os comentários que fizeram a respeito de uma e outra, entendeu?</p>
-------------------	--

Entrosamento entre os plantões	
Qualidade de vida no trabalho	A gente tem que criar esse laço porque nós ficamos juntos, mais do que eu fico com os meus filhos, com o meu marido, então eu tenho que ter esse respeito...
Assertividade	Uma coisa grandiosa que aprendi...aprender a dizer não... tenho três incubadoras para lavar, eu falo que não dá tempo! Aprenda a falar que você não pode! É necessário ter alguém na equipe que te ensine isso. Todo mundo tem limite, mas a gente entra num ritmo tão acelerado que a gente esquece isso

Por que não poderia deixar tarefas pendentes para o próximo plantão?

Reunião de equipe -equipes não se conhecem	As equipes não se conhecem...a gente se vê pouco, "oi", "bom dia", "boa tarde"...a gente não se conhece
Prioridades	Você consegue por em ordem as coisa depois, mas as vezes uma conversa com uma mãe que está precisando, não.
Processo de trabalho	Você faz esse trabalho todos os dias então você chega, já tem noção do que tem de fazer. Geralmente priorizar, é dar um bom atendimento a um recém-nascido...as vezes priorizar para algumas pessoas, é passar o plantão em ordem
Passagem de plantão	
Produtividade – profissional tarefeiro	É como se você fosse um tarefeiro, chega, faz sua parte e vai embora. As vezes é assim que eu me sinto...

Questiono sobre as “informações que se perdem”, falha no processo de mudanças na rotina:

Comunicação	Depois que você faz, você descobre que mudou aquela rotina, então mudou a rotina de trabalho e nada de informações. Tem coisas que a gente acaba ficando perdida, você foi cobrado que você não fez e você nem sabia que era para fazer
-------------	---

Acesso à informação	<p>Um protocolo novo...o médico passou para o enfermeiro e o enfermeiro não deu informações certas para nós. Uma informação guardada na gaveta...</p> <p>isso é uma falha do líder. Por que tem o conhecimento dessa informação e não partilhou com a sua equipe, só que quem vai prestar o atendimento?</p>
Valorização profissional / Reconhecimento	<p>Nós não somos só cuidadores sem cabeça, somos cuidadores pensantes! A gente pensa, a gente tem idéias para dar,...</p> <p>não pode ser assim... não que eu vá realizar o procedimento, mas eu tenho que saber pra comunicar o enfermeiro que alguma coisa tá errado. Se eu tenho o conhecimento, eu sei diferenciar isso...</p>
Educação permanente - treinamentos	Falta treinamento dentro da uti, mesmo prá mim, que tenho 15 anos de casa. É necessário, você sempre aprende coisas novas
Treinamento admissional	<p>Os funcionários novos...eles falam que é pra colar nos antigos, mas assim não dá certo...</p> <p>em nenhum momento eu tive o enfermeiro para me treinar</p> <p>na verdade, se torna um interesse de quem tá entrando...de buscar as informações e o conhecimento</p> <p>...ele tem que buscar a rotina, mas o inicial, alguém tem que mostrar pra ele. Alguém tem que falar o que deve ser feito, explicar o porquê das coisas. Você tem que dar sentido as ações, não é só dizer as obrigações</p>
Produtividade	
Orgulho	Eu tenho orgulho do que eu faço, de ser técnica, ninguém me obriga a fazer o que eu faço

Mesmo após o aparente término das discussões, o grupo segue refletindo e outros temas são abordados:

Falta espaço para falar e ser ouvido	Essa é a primeira oportunidade que nós como equipe, estamos tendo pra falar. A gente tá enxergando a realidade de como é trabalhar de dia, de noite... e as dificuldade que tem de di, tem de noite, né? E acho muito legal, pra troca de experiência
Desvalorização do profissional TE pela classe médica	<p>Nós comunicamos o médico e ele disse “já vem vocês inventando moda, procurando pelo em ovo... não é que a gente procura pelo em ovo, é que a gente olha e vê o bebê. É a desvalorização da nossa fala. Eles acham que não sou capaz de ver isso...</p> <p>Isso é muito frustrante pra mim, como profissional...apesar de eu ser técnico de enfermagem, eu sou capaz e muito confiante no que eu faço. Nós não temos autonomia para resolver o problema, mas capacidade de identificar, nós temos, sim!</p> <p>Eu acredito que se as coisas continuarem como estão, eu não vou ter mais importância daqui uns dias, você concorda?</p>
Processo de trabalho : necessidade de ajustes	É um serviço legal, que funciona, mas se tivesse ajustes ele ficaria perfeito...
Esperança na profissão	Quem vai determinar o fim do técnico é o coren e o cofen... Mas ainda não, nós estamos aqui trabalhando, somos uma profissão, estamos atuantes! Nós temos uma carreira, nós temos sonhos
Profissional tarefeiro	O que observo é que o auxiliar e o técnico de enfermagem não são muito valorizados...você é visto mais como um profissional que realiza tarefas

Peço para que pensem e reflitam sobre os pontos facilitadores do processo de trabalho e as potencialidades:

Coordenação de enfermagem	Ela valoriza nosso trabalho, e é por ela que a gente vem as vezes...ela faz a diferença na UTIN. O tanto que ela respeita a gente... Do jeitinho dela ela consegue fazer a gente ficar. E muitas vezes a gente não desiste orque sabe que ela está contando com a gente
---------------------------	---

2º encontro

1ª Etapa : Dinâmica da escultura em massinha de modelar

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL TECNOLOGIA DURA – TRABALHO MORTO	Cérebro pra você pensar... Você não pode fazer por fazer, porque alguém mandou você fazer... você precisa pensar, não deixar a rotina se transformar, se não você vira uma máquina, e uma máquina não pensa.
Necessidade de pensar	...ah, eu faço isso há anos. E isso não é verdade, as vezes um deslize causa grande erro, as vezes um estrago pequeno à vezes é um grande estrago, às vezes irreparável
Trabalhar com vidas	Você sempre tem que pensar que está trabalhando com vidas e não com máquinas
Processo de trabalho	Numa fábrica, se eu estrago um aparelho, o que vai acontecer? Eu vou arcar com as consequências, tudo tem um jeito... Mas com vida, não. Talvez aquilo não tenha conserto e aquilo fica para o resto da minha vida
Sentimentos velados	O ser humano tem que ter sentimento e tem que pensar!. Tudo o que for fazer, nem que seja uma tarefa simples, todos os dias, você tem que pensar e trabalhar com o coração
Satisfação profissional	Quando consigo cumprir o meu dever, vou embora feliz! Mesmo muito cansada, você tá com a consciência tranquila a criança hoje está chorando, nem quer olhar pra você. Mas amanhã, você olha e ela te recebe com um sorriso... Ela esqueceu o que aconteceu ontem. Isso pra mim, é maravilhoso! O cérebro que é a razão, o conhecimento...e ele está ligado com a sabedoria, com a humildade, que é o coração. E quando você consegue associar esses dois, você tem uma equipe que brilha, né?

Empatia	...não é meu filho que tá lá, mas vai que algum dia seja. Nunca se sabe! Fazer uma coisa hoje, pensando um dia, se um dia eu estiver lá...
Trabalho em equipe	Equipe unida, e unida com o coração...se tiver fazendo o seu trabalho, não com o coração, não vai ter um resultado bom. É um trabalho em que você precisa ter união
Processo de trabalho	Nós somos parceiros, e não somos submissos, nós estamos aqui pra isso, pra ter parceria, porque o nosso intuito, nosso objetivo é isso! É o mesmo, é fazer o melhor...

4ª escultura : Izabel

Trabalho em equipe	Convivência aqui no hospital... a gente trabalha numa equipe, é uma equipe multiprofissional. Exige um médico, um enfermeiro, tem que ter o técnico...a gente tem que trabalhar junto, tem que trabalhar unido... e agente vê que pra dar certo, tem que ter uma boa comunicação, né?
Sentimentos	O coração representa os sentimentos, né? Muitas das vezes a gente acaba sofrendo com algumas situações, né...e a gente acaba derrubando algumas lágrimas
Comunicação efetiva	A gente tem que ser unido, pra falar a mesma língua
Sufrimento	Muitas vezes a gente também chora por algum paciente, né? E a mãozinha que eu fiz, vai refletir a união da equipe... tem que ter comunicação, hierarquia... Muitas vezes a gente tem idéias, muitas vezes poderia expor idéias, coisas que poderiam funcionar bem, mas não funcionando porque eles não estão enxergando... A gente não tem um espaço para expor nossa opinião, então eu acho que é um pouco falta de comunicação
Valorização profissional	Nós temos idéias...mas no processo final, nunca levam o nosso nome...nunca!

2ª etapa : Resultados em comum da dinâmica : trabalho em equipe e desvalorização profissional

Competição na enfermagem	A gente não está aqui para competir, a gente tá aqui por um único objetivo
--------------------------	--

Bom relacionamento com o enfermeiro	Se a enfermeira e a gente estiver falando a mesma língua, se houver empatia com a equipe, tudo vai fluir melhor. Ela vai começar a treinar a equipe pra trabalhar com o que há de melhor ali dentro
-------------------------------------	---

E EU ACHO QUE SE VIESSEM MAIS PESSOAS, VOCES IRIAM SE DEPARAR COM AS MESMAS COISAS!

Questiono os motivos que levam a haver competição entre as equipes:

Processo de trabalho, perda do foco	...não sei onde isso se perdeu... Mudou muito o conceito de equipe
-------------------------------------	--

Começam a pensar em estratégias para a mudança da prática profissional. Sugiro a elaboração de estratégias, divididas de acordo com o prazo para o cumprimento, com o auxílio do flip-chart. (anexo)

Questiono como e em que momento pode ocorrer a troca de informações:

Omissão de informações	Engraçado é que a gente passa todas as informações para a enfermeira e ela não passa nada pra gente...
Passagem de plantão inadequada	Por que nós pegamos o plantão ao lado do paciente e o enfermeiro na salinha? As vezes eles querem discutir alguma coisa em particular com o médico, mas sou eu que estou cuidando do bebê. Eu quero saber!
Sentimento de exclusão da equipe	Se é equipe, por que não passar o plantão todos juntos?
Informações interrompidas	A gente vem trazendo informações até chegar no médico, e quanto às informações deles, que é para chegar na gente, não chega. Não há o caminho inverso
Atribuições da classe	Nós tínhamos algumas tarefas, aí de repente, muda tudo, você não pode fazer isso. De onde vem isso? Mas por que? Eles vão tirando coisas que a gente fazia, sem explicar... Eu acho que tudo o que você muda, deve ter uma explicação. Onde está escrito isso? Também quero saber!

Dificuldades do plantão noturno	<p>...um papel diferente...fui lá e li. Era uma mudança, assinei que estava ciente mas pra mim, não tinha chegado a informação. Durante o dia teve treinamento. No noturno não chega, por que? O pessoal do noturno já sabe tudo?</p> <p>Você passa as informações em 10, 15 minutos...Não vai atrapalhar</p>
Auto avaliação	Falaram que eu sou resistente à mudanças. Mas não é resistente, eu já falei isso na minha avaliação. É que eu quero saber por quê, quero questionar...se você me convencer, eu faço! As coisas tem que ser fundamentadas...é lógico que quero aperfeiçoar...
Postura e formação de novos profissionais	Na minha época tinha que fazer prova vocacional, se não passasse nessa prova, não fazia!
Reunião entre os plantões	Com pelo menos 1 representante de cada plantão...se cada mês revezasse uma.
Resolutividade	
Enfermeiro trabalhando as dificuldades individuais	Se o líder tiver conhecimento de todos e tiver bom relacionamento, ele tem condições de chegar até aquela pessoa e falar : viu, você está fazendo isso, isso e isso...Agora, se ele não entender isso, ele nunca vai conseguir
Enfermeiro direcionando a prática	Ela, como minha enfermeira e amiga, pode saber que eu tenho deficiência em tal coisa, então eu vou pegar nesse ponto. Ela vai conseguir me deixar uma ótima funcionária, mas ela tem que ter esse olhar... senão, vai passar despercebido
Comunicação	Eu gostaria que minha enfermeira viesse falar comigo, olha, aconteceu isso...vamos resolver? Então eu penso assim, tem informações que tem de ser amarradas ali, naquele momento... Tem momentos que você precisa de alguém olhando por você...
Atitude	Resolutividade! Saber resolver o problema, de vez de ficar arrastando até que a informação se perca...
Desrespeito entre colegas	Esses dias, cheguei para pegar o plantão e a colega disse que ia esperar pra passar pra outro que trabalhe aqui há mais tempo...A mãe que estava perto, ouviu essa conversa... aí a mãe olhou e perguntou pra mim: você sabe cuidar de bebê?

Pergunto como é o treinamento do novo funcionário.

Integração	Ele entra, é apresentado, faz uma integração, mais para se integrar ao local...Mas assim, alguém ir treinando com ele, não. Ele é treinado por nós.
Processo de trabalho : conceitos	<p>As meninas que ficam na SEMI, elas se sentem menosprezadas, por que os bebês não são graves, como na UTI...</p> <p>O básico se perdeu...acho que é isso. Isso foi se perdendo por que valorizam muito isso! Quem faz isso, é melhor... foi o que aconteceu</p> <p>O funcionário tava tão preocupado que queria aprender UTI, que esqueceu que o cuidado básico que vai ser o essencial na vida daquela mão dali pra frente... E tem gente que acha que isso não é função, que é perda de tempo. Que UTI que é legal</p>
Relacionamento com os pais de UTI	
Admissão de novos funcionários	Como que você pode exigir que alguém seja bom, se não é bem treinado?
Segurança do paciente POSTURA ÉTICA	<p>Eu cometi um erro, não tive medo de assumir... Fui punida por ter assumido, caíram matando em cima de mim...</p> <p>Chega uma hora que não assume mais um erro de medo da proporção que vai tomar</p>

3ª Etapa

Solicito que os temas sejam agrupados em categorias e escolham os temas emergentes:

Comunicação	Interessante né, que nós falamos da comunicação e relacionamento interpessoal... Se tiver comunicação, vai ter um bom relacionamento...Um não fica sem o outro
Relacionamento interpessoal	
Valorização profissional	<p>Eu penso no relacionamento interpessoal, eu acho que isso é valorização profissional. Eu acho que isso é um ponto muito importante: falar de valorização interpessoal...</p> <p>O bom seria relacionamento e valorização...é um ponto que não dá para esperar mais</p>

Processo de admissão	
Padronização de condutas	Não só para os funcionários novos, eu acho que para todos, capacitar os funcionários para que realmente trabalhem numa equipe é pra todo mundo falar a mesma língua e ter o mesmo foco, para as coisas darem certo, para todo mundo agir igual

Me perguntam o que poderia ser feito para melhorar a comunicação, o relacionamento e a valorização profissional. Sugiro que busquem estratégias para alcançar os resultados esperados:

ISSO AQUI SERIA UMA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL. E QUANDO VOCE TEM ESSA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL, VOCE TEM GANHOS. UM FUNCIONÁRIO CONTENTE, VAI TRAZER MENOS ATESTADOS, VAI TRABALHAR MELHOR...

União	Quando chegam para reunir todo mundo, é assim: pra mim tá bom assim, ah pra mim tbm...aí eu não tenho nada pra falar. Vira e mexe ficam as mesmas pessoas querendo mudar...
Autonomia da coordenação	Ela devia ter mais autonomia, mas não tem... Ela é barrada nisso...
Novos profissionais	Por isso que eu penso: vamos mudar esse profissionais que estão vindo...por que aí você consegue mudar...

4º encontro :

Durante a semana de intervalo entre o último encontro e o dia atual, cada participante pensou e elaborou estratégias simples sobre os temas eleitos como prioritários. Após retomada do quadro feito no encontro anterior, cada participante fez a apresentação de suas idéias:

Júlia

Comunicação	A comunicação como um todo, você consegue assim, no respeito, né? Respeitar e saber ouvir as pessoas...
Relacionamento interpessoal	Você tem que ter um bom relacionamento com a equipe, com todos os profissionais que trabalham com você, com a família...
Comprometimento	Eu entendo que pra você ser valorizada, você também tem que fazer sua parte, não esperar da empresa, dos colegas... você também tem que fazer a sua parte

Ossilma

Reuniões diárias	<p>Se fizesse uma reunião todos os dias, quinze minutos...prazo estipulado para você ouvir a todos e passar uma coisa única... Falar das dificuldades em relação ao que aconteceu na passagem de plantão, por que você lembra as coisas de imediato, quando passa o tempo, você esquece...</p> <p>Uma ação que não tem gasto e não envolve ninguém diferente. Em empresas, eles fazem isso...quando entram, a primeira coisa que fazem é uma reunião com todo mundo</p> <p>não é uma coisa demorada, porque não dá, mas se faz uma coisa rápida, antes de iniciar, eu acho que dá para resolver algumas coisas... Coisas do dia a dia...</p>
Compartilhamento de informações	As idéias tem que ser compartilhadas, as decisões ouvidas e decididas em conjunto, procurando atender as necessidades da equipe de enfermagem.
Necessidade de ser ouvida e sentir-se parte da equipe	Esquecem-se de compartilhar as suas decisões com aqueles que deveriam ser seus colaboradores, que seríamos nós, né?
Enfermeiro líder efetivo	<p>A gente tem muita coisa para se pegar, aplicar, muitas vezes o enfermeiro não sabe disso. Muitas das vezes ele é competente, tem muito conhecimento, mas ele não passa pra gente...</p> <p>Se a enfermeira tem isso como compromisso, ter os quinze minutos antes de inciar o trabalho, ela acaba lembrando de passar as coisas e explicar também... Não sei, acho que é uma idéia de imediato, é a maneira mais rápida de de você tentar mudar alguma coisa</p>

Cristina

Padronização das informações	Padronização as informações, eu acho que não dá para esperar mais, tá muito disperso
Uniformização da prática	Por exemplo: tá tranquilo, vamos falar sobre algum assunto. Faz quinze anos que eu faço a mesma coisa, mas de repente, mudou alguma coisa naquele procedimento, ou de repente eu esqueci de algum detalhe. Isso deixa a equipe mais comprometida com o serviço

Avaliação de desempenho	
Necessidade de sentir-se parte da equipe	Tem gente que as vezes liga e desliga durante anos, ,mas não sabe por que tem que ligar pra cima e por que desliga pra baixo. Acho que a informação faz a gente entender o que está acontecendo... E isso também, de início, é muito importante
Enfermeiro líder	A enfermeira tem que informar a sua equipe e tem que cobrar da sua equipe, por que o que adianta? Não cobra, então eu não tenho compromisso com aquilo

Solicito então, um modelo de recepção ao novo funcionário :

Padronização de normas e rotinas	Quem está treinando os últimos funcionários que entraram somos nós, técnicos de enfermagem mais antigos, certo? Devia ter um manual de rotinas aqui
Cumprimento de uma lista de atividades	Ele vai direto para os cuidados, sendo que ele não sabe como fazer esses cuidados.
Treinamento admissional	<p>Tinha que ser passado a rotina para ele. Olha, sua função é essa, assim, assim...Você vai chegar todos os dias e vai pegar sua lista de atividades, né? Você vai ter o conhecimento da sua unidade, depois verificar os sinais vitais...passar assim, a rotina passo a passo.</p> <p>Ele tem que saber como vai funcionar lá dentro. É uma empresa que está te contratando, assim como o funcionário espera da empresa, a empresa espera do funcionário.</p>
Processo de trabalho	Sobrecarrega a equipe antiga, que faz o serviço dela e o outro se sente menos comprometido. ..O funcionário entrou, ele tinha que receber treinamento. Ele não tinha que cuidar e depois aprender no dia a dia...eu acho que ficar uns 3, 5 dias aqui para observar
Rotinas	<p>Antes de chegar até o bebê, tinha que ser passado algumas informações</p> <p>Eu acho que você tem que conhecer o seu equipamento de trabalho. É extremamente importante conhecer a rotina do seu serviço. Eu vejo isso como uma falha muito grande e que atrapalha o serviço.</p>

Supervisão do enfermeiro	<p>Cada procedimento que o funcionário novo vai fazer o enfermeiro tem que acompanhar, não adianta...ele falou que sabe puncionar uma veia, mas o enfermeiro viu se ele sabe fazer isso? Padrão de trabalho?</p> <p>Não é um técnico que tem que treinar, eu acho que temos que colaborar, como somos uma equipe, temos que trabalhar juntos. Mas se foi o enfermeiro que me treinou, você concorda que nós vamos ter o mesmo</p> <p>A partir do momento que ele foi treinado, você tem como cobrar também...Porque é diferente o enfermeiro treinar e o técnico treinar. O enfermeiro treinou, ele pode cobrar...eu não posso cobrar nada!</p>
--------------------------	---

Peço para que descrevam sugestões de estratégias para a operacionalização da reunião em equipe:

Melhorar o contato entre as equipes	Todo mundo sai do plantão rapidinho porque tem compromisso. Tem uma funcionária que chega mais cedo e toma café junto com a gente...então a gente tem um entrosamento diferente...
Padronizar rotinas	Eu vejo que o que acontece entre os plantões, rivalidades, é por cada um falar uma coisa, entendeu? Por que ela põe a criança do lado direito e eu, do esquerdo... Eu acho que quando começarem a falar a mesma língua, a rivalidade entre os plantões vai diminuir
Reunião com a equipe	Cada enfermeira com o seu plantão, poderia fazer o que estamos fazendo aqui. Um debate de grupo com os seus funcionários. Levantou os problemas, e cada enfermeira vai à coordenação pra ver quais são os problemas em comum
Reunião entre os enfermeiros	Elas podem juntar isso e fazer uma reunião única... De mês em mês, depende do grau de urgência
Passagem de plantão	Não tem união na passagem de plantão dos enfermeiros com sua equipe...eles não pegam plantão junto com sua equipe!

Plantão noturno - exclusão	Você acaba fazendo o que você está acostumado a fazer todos os dias, mas não chegam informações novas até você. Então você fica acostumado fazer aquilo sempre, alguém cobra de você que aquilo já mudou há tempos, mas você nem sabia...
Comunicação entre enfermeiro e sua equipe	Tem coisas acontecendo e você não sabe. O tempo vai passando, mês entra e mês sai, e você continua lá sem saber

O o grupo fala da falta da união entre as equipes e sugiro que talvez falte despertá-los para uma mudança na prática. Utilizar a potencialidade citada (coordenação) também parece ser uma solução:

Liderança do enfermeiro	<p>Quando tem um enfermeiro me olhando, pesa na minha consciência, porque eu sei que vou ter de prestar contas para alguém... Mas aí quando é meio largado, aí eu faço do jeito que eu quiser! Ninguém vai ver, infelizmente tem gente que pensa assim</p> <p>O enfermeiro tem que ser presente nas ações, ele tem que ficar, não pra punir, mas para ele saber como funciona a equipe dele. Tem enfermeiro que não sabe como funciona, tem enfermeiro que entra e sai da unidade e não sabe como é o trabalho da gente... se você não olhar a pessoa fazer um procedimento, você não vai ver a dificuldade que ela tem</p>
Perfil profissional	Se a equipe inteira está conseguindo caminhar e você tá fora, alguma coisa errada tem...talvez não se encaixe naquele lugar. Como que o enfermeiro vai fazer isso? Avaliando o trabalho, não tem outra forma, eu não vejo outra saída...
Sobrecarga de trabalho	É mais fácil o enfermeiro falar : viu fulana, você cuida melhor dessa criança que tá grave, cuida você. Você tem que ver isso e exigir que ele fique tão bom quanto o outro!. Por que quando o forte folgar, como que fica?
Reunião de equipe	De imediato nós precisamos dessas reuniões, para resolver os problemas da equipe e a relação com o enfermeiro...não dá para esperar mais

Entrego ao grupo artigos e textos, e peço que explorem os temas.

Após leitura silenciosa, em dupla, iniciou-se a discussão sobre os artigos, associando os resultados à prática diária. Sentem-se aliviados ao perceber que as dificuldades estão também em outras instituições e que existem soluções. Chamam a atenção novamente, para o papel do enfermeiro na mudança da prática.

(trechos dos artigos e os comentários)

Trabalho em equipe	Algumas características identificadas nos líderes mais admiráveis pelos seus seguidores foram, por exemplo: credibilidade, capacidade de ouvir, transparência, parceria, não centralização de poder e autoritarismo. As informações tem que ser divididas. A marca da liderança moderna é fortalecer o grupo de trabalho, valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe. É impossível um líder coordenar um grupo sem ouvi-lo. Fala muito da criatividade e encerra assim: superar os limites da acomodação. Sendo assim, para que o papel do enfermeiro como líder seja bem desempenhado, são necessárias mudanças de comportamento, que é o que tá pegando na nossa vida hoje em dia, né?
Comunicação	A passagem de plantão tem como objetivo assegurar o fluxo de informações entre as três equipes de enfermagem que sustentam ela num período de 24h... o enfermeiro é o responsável pela passagem de plantão. Então, engloba o geral, não é só de técnicos para técnicos e enfermeiro para enfermeiro, é outra coisa que achei aqui... aqui tá colocando alguns itens... o que é para acontecer na passagem de plantão: transmitir também rotinas que estão sendo utilizadas em todo hospital, como as determinadas pela comissão de infecção hospitalar

Surtem comentários de que os artigos foram baseados nos nossos encontros.

Então questiono por quê não é colocado em prática esse modelo de passagem de plantão:

Liderança	O líder é responsável pela equipe, o líder não é aquela pessoa autoritária, né?
Fragmentação do cuidado	Eu estou cuidando desse bebê, eu sei da vida desse bebê, da medicações desse bebê, se ele tá mamando ou não, entendeu? A gora, o bebê que tá do lado e a colega tá cuidando, eu já não sei o que tá acontecendo. É ruim isso, né?
Confiança no colega	Eu acho que confiança é uma peça chave!
Trabalho em equipe	...é equipe, tem que trabalhar junto, né? As coisas funcionam juntos, é assim que dá certo!
Gerenciamento	O líder tem que olhar! Tem que ver, tem que conhecer a equipe. Se acha que fulano é mais devagar, é um pouco mole, ela tem que chegar e levantar essa pessoa...
Desavenças	Mas se é pra falar para o meu colega, não é todo mundo que interpreta de uma maneira igual. Tem gente que olha e pensa “puxa vida, que legal, tá me ensinando, tá dividindo comigo. Mas tem gente que fala “olha ela querendo mandar em mim. Então, essas informações por parte do líder não é ruim

Pergunto como o grupo pretende mudar a prática e levar os assuntos ao conhecimento dos líderes:

Reunião com coordenação	<p>Por isso eu falo, o ponto chave desta discussão é a reunião e a liderança.</p> <p>Mas o líder tem que estar aberto e levar isso adiante... senão, se perdem as informações</p>
-------------------------	---

Volto a lembrar da potencialidade citada (coordenação) :

O grupo observou interesse por parte da chefia.

Necessidade de conhecer os fatos.

Necessidade de cobrar ações de melhorias após a reunião.

Ela está curiosíssima. Esses dias veio e falou :”você tá no grupo, né? Isso vai me ajudar muito... Então ela tá esperando.

APÊNDICE B – CONVITE DE PARTICIPAÇÃO**CONVITE**

Você está sendo convidada a participar de um grupo de reflexão sobre as dores e alegrias de ser um profissional de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. São poucas as vezes em que temos a oportunidade de parar para analisar e refletir sobre a nossa prática diária. Para tal, venha conosco saborear um delicioso café e compartilhar sua experiência no dia 31 de Outubro de 2013, às 19h30min, no prédio da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP. Esse grupo será realizado para a coleta de dados de minha pesquisa de Mestrado, intitulado “Vivências do processo de trabalho em unidade de terapia intensiva neonatal: desafios e possibilidades”.

Sua presença é de extrema importância para o sucesso dessa iniciativa. E lembre-se:

JUNTOS, SOMOS MAIS!

Desde já, agradeço a atenção dispensada

*Telma Raquel de Andrade Amaral
Enfermeira Mestranda em Educação na Profissões da
Saúde*

*FCMS- PUC/SP
contato: tamaral@pucsp.br
cel.: 99679-87-67*

APÊNDICE C – GUIA DAS ATIVIDADES DOS GFS

GUIA DAS ATIVIDADES DO GF 1

DATA: 31 de Outubro de 2013

LOCAL: Sala de aula da FCMS, PUC/SP

INÍCIO: 19 h 15min

TÉRMINO: 21 h 44min

COORDENADOR: Pesquisadora responsável Telma Raquel de Andrade Amaral

OBSERVADOR: Profa. Dra. Raquel Aparecida de Oliveira

- APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA AO GRUPO E AGRADECIMENTOS ;
- DISTRIBUIÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (DUAS VIAS);
- ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS EM RELAÇÃO AO TCLE;
- ASSINATURA DOS TERMOS E DEVOLUÇÃO DE UMA VIA À PESQUISADORA E MANUTENÇÃO DA OUTRA COM O PARTICIPANTE;
- CONTRATO GRUPAL;
- DISTRIBUIÇÃO E PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DOS PARTICIPANTES;
- LEITURA E APLICAÇÃO DA DINÂMICA COM OBJETIVO DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS PARTICIPANTES: O REVERSO DA RODA;
- DISCUSSÃO SOBRE OS SENTIMENTOS DESPERTADOS DURANTE A DINÂMICA;
- LEITURA DA "HISTÓRIA DE ANINHA", EM VOZ ALTA. TRATA-SE DE UM CASO VERÍDICO OCORRIDO NO LOCAL DO ESTUDO. ESSA HISTÓRIA FOI ESCRITA E CEDIDA PELA MÃE, PARA A PESQUISADORA;
- OBJETIVO: REFLETIR SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO;
- TEMA DISPARADOR : COMO VOCÊ AVALIA O SEU PROCESSO DE TRABALHO COMO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA UTIN /HSL?;
- INÍCIO DAS DISCUSSÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO;
- PARTICIPANTES CONVIDADOS A REFLETIREM SOBRE A PRÁTICA, ATÉ O PRÓXIMO ENCONTRO;
- TÉRMINO DAS ATIVIDADES DO GRUPO;
- PROGRAMAÇÃO DO PRÓXIMO ENCONTRO;
- AGRADECIMENTOS;

GUIA DAS ATIVIDADES DO GF 2**DATA: 05 de Novembro de 2013****LOCAL: Sala de aula da FCMS, PUC/SP****INÍCIO: 14h30min****TÉRMINO: 16h37min****COORDENADOR: Pesquisadora responsável Telma Raquel de Andrade Amaral****OBSERVADOR: Profa. Dra. Raquel Aparecida de Oliveira**

- RECEPÇÃO DOS PARTICIPANTES E AGRADECIMENTOS;
- ORIENTAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA OFICINA: ESCULTURA EM MASSINHA;
 - CADA PARTICIPANTE EM UM CANTO DA SALA, VIRADOS DE COSTAS UM PARA O OUTRO, FOI ORIENTADO A FAZER UMA ESCULTURA QUE REPRESENTASSE SEUS SENTIMENTOS E EMOÇÕES DE SUAS VIVÊNCIAS NO PROCESSO DE TRABALHO. TEMPO: 20min;
 - APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL DAS ESCULTURAS;
 - REFLEXÃO: PONTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DO PROCESSO DE TRABALHO;
 - ELABORAÇÃO DE UM QUADRO EM “*FLIP CHART*” COM AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES A CADA PONTO DIFICULTADOR, EM FORMA DE ESTRATÉGIAS;
 - OS ITENS SÃO DISCUTIDOS PROFUNDAMENTE; CONVIDO-OS A AGRUPAR OS ÍTENS EM TEMAS E ELEGER OS PRIORITÁRIOS A SEREM TRABALHADOS NO PRÓXIMO ENCONTRO;
 - O GRUPO ELEGE OS TEMAS CONSIDERADOS EMERGENTES;
 - SOLICITO QUE ELABOREM PROPOSTAS PARA SOLUÇÃO DAS DIFICULDADES RELACIONADAS AO TEMA ESCOLHIDO, PARA SEREM APRESENTADAS NO PRÓXIMO ENCONTRO;
- TÉRMINO DAS ATIVIDADES DO GRUPO;
- PROGRAMAÇÃO DO PRÓXIMO ENCONTRO;
- AGRADECIMENTOS;

GUIA DAS ATIVIDADES DO GF 3

DATA: 19 de Novembro de 2013

LOCAL: Sala de aula da FCMS, PUC/SP

INÍCIO: 14h00min

TÉRMINO: 16h51min

COORDENADOR: Pesquisadora responsável Telma Raquel de Andrade Amaral

OBSERVADOR: Profa. Dra. Raquel Aparecida de Oliveira

- RECEPÇÃO DOS PARTICIPANTES E AGRADECIMENTOS;
 - APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL DAS ESTRATÉGIAS ELABORADAS APÓS O ENCONTRO ANTERIOR;
 - DISCUSSÃO COLETIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS APRESENTADAS;
 - FORAM OFERECIDOS ARTIGOS E TEXTOS RELACIONADOS AOS TEMAS ELENCADOS NO ENCONTRO ANTERIOR (ANEXO), COM OBJETIVO DE MELHOR INSTRUMENTALIZÁ-LOS PARA AS DISCUSSÕES;
 - LEITURA SILENCIOSA DOS MATERIAIS ;
 - CADA DUPLA TRABALHA O TEMA E OBSERVA OS PONTOS PRINCIPAIS;
 - APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL DOS ARTIGOS E OS PONTOS CHAVES, RELACIONANDO-OS COM A PRÁTICA PROFISSIONAL;
 - INÍCIO DA DISCUSSÃO EM GRUPO E OS PONTOS CHAVES DE CADA ARTIGO, COM A ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS;
 - SOLICITAÇÃO DE UMA SÍNTESE DAS ESTRATÉGIAS PARA MUDANÇA DA PRÁTICA;
 - PROGRAMAÇÃO DO PRÓXIMO ENCONTRO : O GRUPO PACTUOU A NECESSIDADE DE REALIZAR UMA REUNIÃO COM A COORDENADORA DO SERVIÇO;
 - AGRADECIMENTOS.
- ** À PEDIDO DO GRUPO, FUI MEDIADORA PARA UMA REUNIÃO COM A COORDENADORA DA UTIN DO HSL, PARA SEREM APRESENTADOS OS TEMAS PRIORITÁRIOS LEVANTADOS PELOS PARTICIPANTES, CONSIDERADOS DIFICULTADORES DO PROCESSO DE TRABALHO, BEM COMO AS ESTRATÉGIAS ELABORADAS. CONFECCIONEI UM RELATÓRIO COM O RESULTADO DOS ENCONTROS, QUE FOI ENVIADO A CADA PARTICIPANTE ANTERIORMENTE PARA LEITURA E APROVAÇÃO.**

GUIA DAS ATIVIDADES DO GF 4 – ENCERRAMENTO**DATA: 05 de Dezembro de 2013****LOCAL: Sala de aula da FCMS, PUC/SP****INÍCIO: 15h00min****TÉRMINO: 16h26min****COORDENADOR: Pesquisadora responsável Telma Raquel de Andrade Amaral****OBSERVADOR: Profa. Dra. Raquel Aparecida de Oliveira**

- RECEPÇÃO DA ENFERMEIRA COORDENADORA DA UTI NEONATAL DO HSL;
- AGRADECIMENTOS;
- ENTREGA DO RELATÓRIO À COORDENADORA;
- LEITURA DO RELATÓRIO PELO GRUPO;
- POSICIONAMENTO DA ENFERMEIRA SOBRE AS QUESTÕES ABORDADAS;
- APÓS O TÉRMINO DA REUNIÃO E COM A SAÍDA DA ENFERMEIRA, DEU-SE INÍCIO DO ENCERRAMENTO DO ÚLTIMO ENCONTRO;
- OBJETIVO: AVALIAÇÃO INDIVIDUAL E GRUPAL DOS ENCONTROS;
- DISTRIBUIÇÃO DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL;
- LEITURA EM VOZ ALTA;
- INÍCIO DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS, INDIVIDUAL E COLETIVA;
- AGRADECIMENTOS FINAIS;
- TÉRMINO DAS ATIVIDADES

*** Para todos os encontros, os participantes foram dispostos em círculo e tiveram acesso a um ambiente acolhedor, carinhosamente preparado com uma mesa contendo alimentos variados.

APÊNDICE D - CARTA DE INFORMAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Contando com a sua colaboração em participar da pesquisa intitulada; **“Vivências do processo de trabalho dos técnicos de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios e possibilidades”**, de minha autoria, dirijo-me no intuito de obter o seu Consentimento formal como participante. O objetivo desse estudo é avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), identificar os desafios e possibilidades vivenciados durante o processo de trabalho. A sua participação será em um grupo, sob minha coordenação, com a finalidade de discutir o processo de trabalho na UTIN, definir temas prioritários que serão desenvolvidos em encontros posteriores, dos quais você será convidado a participar e a elaborar plano de ação para a solução dos desafios elencados. No grupo haverá a presença de um observador, que fará anotações de todo o processo. A sessão será gravada em áudio para viabilizar uma retomada fidedigna. O número de encontros do grupo será definido de acordo com os temas elencados no primeiro encontro, planos de ação propostos e disponibilidade dos atores do grupo e do pesquisador.

Esta pesquisa faz parte da minha formação acadêmica no Curso de Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, assim, é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo como funcionário da instituição.

Todas as informações e dados serão utilizados somente para a pesquisa e divulgação científica.

Confirmo o caráter confidencial das questões colocadas em grupo e o compromisso de preservar o seu anonimato quanto as informações concedidas no transcorrer das atividades e, por ocasião da análise do resultado que contarão no relatório de dissertação e de divulgação científica.

Fica também assegurada a sua liberdade de optar pelo ingresso ou não da pesquisa e em continuidade ou desistência do estudo em qualquer momento, podendo fazê-lo sem qualquer prejuízo.

Sua participação não implicará em gastos pertinentes à realização desta pesquisa bem como não receberá nenhuma compensação financeira pela participação do estudo.

Em caso de dúvida ou intercorrência poderá recorrer à pesquisadora responsável Enfermeira Telma Raquel de Andrade Amaral, residente à Rua Carlos Reinaldo Mendes nº 75, recanto Cidade Nova – Salto de Pirapora/SP ou através do telefone (15) 9679-8767. Também poderá contatar, caso queira esclarecer dúvidas, o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUCSP, através do telefone (15) 3212-9896.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, li e compreendi as informações acima, não tendo dúvidas a respeito e aceito participar voluntariamente deste estudo.

Nome _____

Assinatura _____

Testemunhas: _____

Data ____/____/____

Este é um documento de duas vias. Uma pertence a você e a outra deve ficar arquivada com o pesquisador.
(1ª via- colaborador) e (2ª via- Pesquisador)

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____

portador (a) do CPF: _____ RG: _____

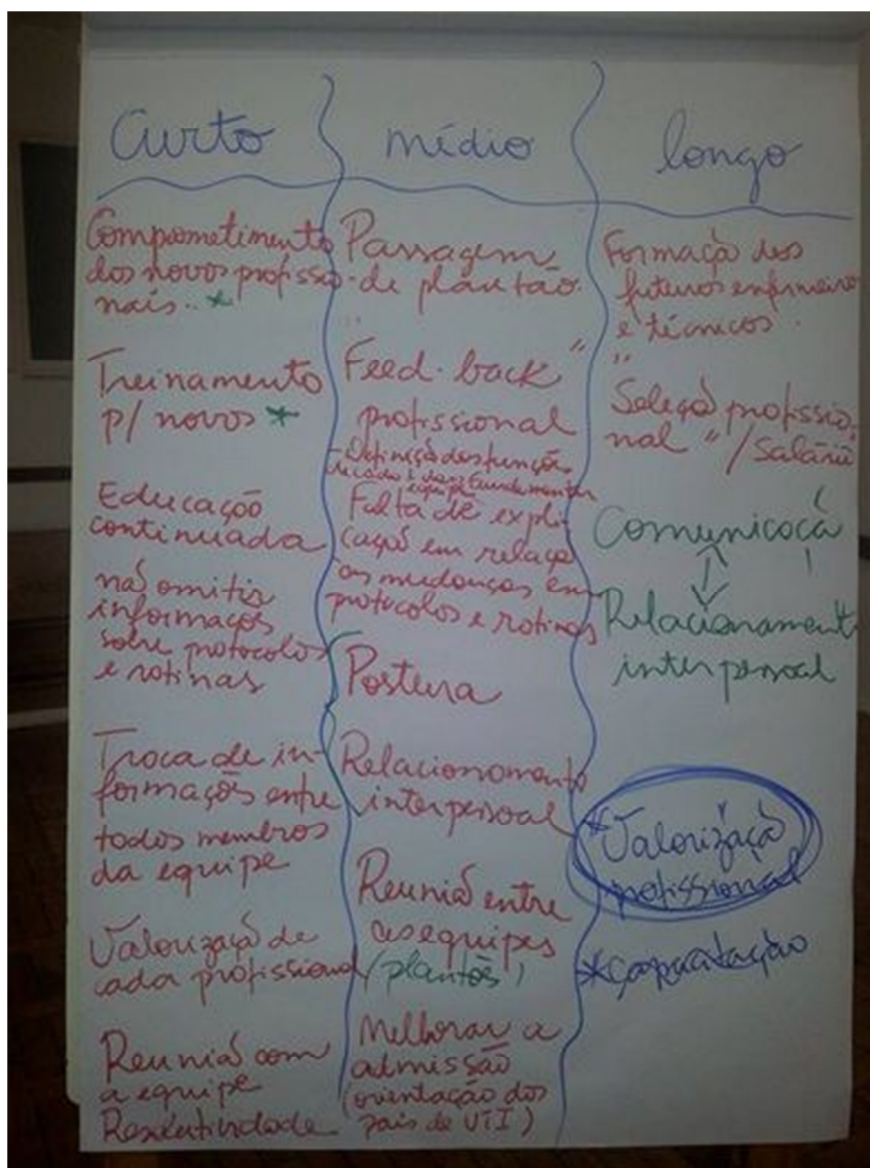
depois de conhecer e entender os objetivos da pesquisa **“Vivências do processo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desafios e possibilidades”** pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como o processo metodológico utilizado para a coleta de dados, **autorizo** a pesquisadora Telma Raquel de Andrade Amaral, portadora do CPF 33.923.496-9 e CPF 219.551.878-27, a realizar gravação e divulgação de imagem para fins científicos, sem quaisquer ônus financeiros para nenhuma das partes.

Pesquisador responsável

Participante

Sorocaba, ____ de _____ de 2013

APÊNDICE F – IMAGEM DO FLIPCHART



ANEXO 1 – DIÁRIO OFICIAL SOBRE UTI



anexo 1.pdf

ANEXO 2 - PORTARIA Nº 1091/GM EM 25 DE AGOSTO DE 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria nº 1091/GM Em 25 de agosto de 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a necessidade de organização da assistência neonatal, para assegurar melhor qualidade no atendimento ao recém-nascido de médio risco;
- que a assistência ao recém-nascido deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade peri-natal e
- a necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, objetivando maior oferta de leitos de cuidados intensivos, resolve:

Art. 1.º - Criar a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco.

Parágrafo único. Entende-se como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal a unidade destinada ao atendimento do recém-nascido nas seguintes situações:

- que após a alta da UTI necessite de observação nas primeiras 24 horas;
- com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica;
- que necessite de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição;
- em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;
- com peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- submetido à cirurgia de médio porte, estável.

Art. 2.º - Estabelecer, na forma do Anexo I, as normas e critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS.

Art. 3.º - Determinar que cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS definir e cadastrar as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, de acordo com as necessidades de assistência da localidade onde estão inseridas e do conjunto das ações de saúde no âmbito dos Sistemas Estaduais, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

Art. 4.º - Estabelecer que as unidades que preencherem os requisitos contidos nesta Portaria passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde e receber a remuneração pelos procedimentos realizados, de acordo com os novos tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde, para os Estados e Distrito Federal.

Art. 5.º - Estabelecer recursos no montante de R\$ 13.073.970,00 (treze milhões, setenta e três mil, novecentos e setenta reais), a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos Estados e do Distrito Federal, na área de Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, conforme distribuição constante do Anexo II, destinados ao custeio das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal objeto do Artigo 1º desta Portaria.

Art. 6.º - Definir que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, treinamento, supervisão e controle que garantam a melhoria de qualidade da assistência ao recém-nascido.

Art. 7.º - Determinar que a Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos hospitalares do SIH/SUS, para fins de remuneração da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Art. 8.º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

NORMAS E CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL NO SUS

Para fins de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS, deverão ser atendidas as seguintes normas e critérios:

1- Características Gerais

1.1 - Funcionar em serviços de maternidade do nível III ou do nível II, para o atendimento à gestação de alto risco, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.477, de 20 de agosto de 1998, ou,

1.2 - Estar vinculada a serviços de maternidade cadastrados no SIH/SUS, que disponham nas 24 horas do dia de:

- a) Laboratório de Análises Clínicas;
- b) Laboratório de Microbiologia;
- c) Hemogasômetro;
- d) Agência Transfusional;
- e) Ultrassonografia;
- f) Aparelho de Raios-X Móvel;
- g) Serviço de Radiologia;
- h) Serviço de Nutrição Enteral ou Parenteral;
- i) Serviço de Psicologia e de Assistência Social;
- j) Banco de Leite Humano.

1.3 - Garantir a referência para serviços de maternidade de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica.

2 - Recursos Físicos

As instalações físicas deverão estar de acordo com o estabelecido na Portaria GM/MS n.º 1884, de 11 de novembro de 1994 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, além de apresentar:

- a) área física adequada, com espaçamento de no mínimo 1 (um) metro entre os berços e paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2 (dois) metros;
- b) rede elétrica que atenda à norma NBR 13534;
- c) área de prescrição médica;
- d) área de cuidados e higienização – 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- e) posto de enfermagem - 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- f) sala de serviço - 01 (um) para cada posto;
- g) área de internação;
- h) sala de acolhimento para amamentação ou extração de leite;
- i) ambientes de apoio e
- j) pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.

3- Recursos Materiais e Equipamentos

- a) berço de calor radiante (10% dos leitos);
- b) incubadoras de parede dupla (20% dos leitos);
- c) incubadoras simples (20% dos leitos);
- d) berços simples ou aquecidos (50% dos leitos);
- e) material para reanimação neonatal - 01 (um) ambú com reservatório e válvula, para cada 03 (três) recém-nascidos;
- f) máscaras para prematuros e RN a termo;
- g) capacetes para oxigênio – 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
- h) oxímetro de pulso – 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- i) termômetro eletrônico portátil, esfigmomanômetro, estetoscópio, ressuscitador manual -01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
- j) otoscópio e oftalmoscópio;
- k) monitor de pressão não invasiva;
- l) monitor de beira de leito com visoscópio – 01 (um) para cada leito;
- m) carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal – 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- n) ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão - 01 (um) para 15 (quinze) leitos;
- o) conjunto de nebulizador em máscara – 01 (um) para cada leito;
- p) aspirador portátil;
- q) conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido – 01(um) para cada 04 (quatro) leitos;
- r) bomba de infusão - 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- s) aparelhos de fototerapia - 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
- t) bandejas para procedimentos - punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia;
- u) balança eletrônica;
- v) incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido;
- w) negatoscópio.

4 - Recursos Humanos:

- a) 01 (um) responsável técnico com título de especialista em neonatologia (TEN) ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia comprovada por meio de declaração de serviço;
- b) 01 (um) médico diarista com título de especialista em neonatologia (TEN) ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia, comprovada por meio de declaração de serviço, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
- c) 01 (um) médico plantonista com especialidade em pediatria exclusivo para cada 15 (quinze) leitos ou fração, por turno de trabalho;
- d) 01 (um) enfermeiro coordenador;
- e) 01 (um) enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

f) 01 (um) técnico/auxiliar de enfermagem para cada 05 (cinco) leitos, por turno de trabalho;

g) 01 (um) funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço.

ANEXO II

UNIDADE FEDERADA	VALOR EM ANO (R\$)
Acre	12.075,00
Alagoas	80.535,00
Amazonas	945,00
Bahia	29.925,00
Ceará	633.570,00
Distrito Federal	104.475,00
Espírito Santo	540.225,00
Goiás	690.795,00
Maranhão	306.600,00
Mato Grosso	331.275,00
Mato Grosso do Sul	157.500,00
Minas Gerais	530.460,00
Pará	11.760,00
Paraíba	297.780,00
Paraná	1.090.425,00
Pernambuco	299.250,00
Piauí	25.830,00
Rio de Janeiro	1.019.865,00
Rio Grande do Norte	46.935,00
Rio Grande do Sul	2.735.565,00
Rondônia	315,00
Santa Catarina	501.795,00
São Paulo	3.495.975,00
Sergipe	48.615,00
Tocantins	81.480,00
Total	13.073.970,00

ANEXO 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Sorocaba, 21 de novembro de 2011.

Ilmo. Sr.
Dr. José Augusto Rabello Júnior
Superintendente do Hospital Santa Lucinda

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues
Coordenadora Acadêmica do Hospital Santa Lucinda

Prezados,

Encaminho para apreciação de V.Sas. o Projeto de dissertação de mestrado intitulado: **"Vivências do processo de trabalho em unidade de terapia intensiva neonatal: Desafios e possibilidades"** de minha autoria, sob orientação da Profª Drª Raquel Aparecida de Oliveira, desenvolvido no curso de **"Mestrado Profissional- Educação nas profissões da saúde"**, da FCMS-PUC/SP.

Para a realização da presente pesquisa foi escolhida a Unidade ou Setor **"Unidade de terapia intensiva neonatal"** do HSL, cenário de prática onde originou o interesse para o desenvolvimento do referido tema. A proposta está expressa no Projeto, assim como as demais exigências para a sua efetivação.

Assumimos o compromisso de mencionar o local de desenvolvimento do projeto, dando crédito ao Hospital Santa Lucinda, caso ele seja apresentado em quaisquer eventos científicos ou venha a ser publicado. Do mesmo modo, nos comprometemos a encaminhar cópia destes comprovantes ao HSL para que possam ser computados enquanto indicadores de qualidade.

Contando com a atenção e aprovação de V.Sas., agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Unidade de terapia
Intensiva
Enfª Silvia Luzia da Silva
Gerente de Farmácia
CORFAR - 46274
FUNDADO - HSL
22/11/11

Telma Raquel de A. Amaral
Telma Raquel de Andrade Amaral
Pesquisadora responsável

Pegar cinto e
de acordo do
Prof. Jose' Luciano,
RT da UTI Neo.
A Enfa. Silvia
assina tb. pela
Enfa. Adriana,
coordenadora da
UTI neonatal,
que encontra-se
em licença me-
dica.

Rubricar cl. Lattes

→ pesquisadora.



Nada a obstar.

Prof. Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues
Coordenadora Acadêmica
FUNDASP 23/11/11

Grato e de acordo


Dr. JOSE LUCIANO PEREIRA
Pneumologia - G2241226
24/11/11

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO

 <p>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP</p>	<p>FCMS Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Praça Dr. José Emílio de Moraes, 250 CEP: 18030-095 – Sorocaba – SP Fone: (015) 3212-9900 Telex: (015) 3212-9879 Caixa Postal 1570</p>	 <p>Hospital Santa Lucinda</p>	<p>Hospital Santa Lucinda Rua Cláudio Manoel da Costa, 57 CEP – 18030-210 – Sorocaba – SP Fone/Fax: (015) 3212-9900/9837/9935 Caixa Postal 1570 www.sorocaba.oucsr.br</p>
---	---	---	--

Comitê de Ética em Pesquisa

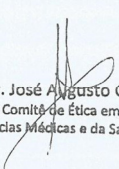
Sorocaba, 06 de março de 2012.

Ilma. Sra.
Telma Raquel Andrade Amaral
Pesquisador responsável

Ref: APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP informa que aprovou em reunião ordinária realizada em 13.12.11.

Projeto de pesquisa: "Vivências do processo de trabalho em unidade de terapia intensiva neonatal: desafios e possibilidades", "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e o parecer do relator.


Prof. Dr. José Augusto Costa
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP