

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Educação
Programa de Pós-graduação em Educação e Docência/Mestrado Profissional

Juliana Cristina de Lima Mendes

**O SABER INVESTIDO NO CORPO-SI: uma contribuição para a formação da
enfermeira que atua em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

Belo Horizonte
2023

Juliana Cristina de Lima Mendes

O SABER INVESTIDO NO CORPO-SI: uma contribuição para a formação da enfermeira que atua em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Educação e Docência – Promestre, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação e Docência.

Linha de Pesquisa: Trabalho e Educação

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva

Belo Horizonte
2023

M538s
T

Mendes, Juliana Cristina de Lima, 1984-

O saber investido no corpo-si [manuscrito] : uma contribuição para a formação da enfermeira que atua em unidade de terapia intensiva neonatal / Juliana Cristina de Lima Mendes. -- Belo Horizonte, 2023.
162 f. : enc, il., color.

Dissertação -- (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

[Inclui apêndice com recurso educacional com o título: "Atuação das enfermeiras de UTI neonatal em um procedimento de PICC"].

Orientadora: Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva.

Bibliografia: f. 108-121.

Apêndices: f. 122-162.

1. Educação -- Teses. 2. Enfermeiros -- Formação profissional -- Teses.
3. Enfermeiros -- Ergonomia -- Teses. 4. Enfermagem -- Teses. 5. Pessoal da área médica -- Treinamento -- Teses. 6. Educação para o trabalho -- Teses. 7. Trabalho -- Teses.

I. Título. II. Aguiar e Silva, Mariana Veríssimo Soares de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 610.7362

Catálogo da fonte: Biblioteca da FaE/UFMG (Setor de referência)

Bibliotecário: Ivanir Fernandes Leandro CRB: MG-002576/O



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PRIMEIRO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA/MP

FOLHA DE APROVAÇÃO

O SABER INVESTIDO NO CORPO-SE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA QUE ATUA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA, área de concentração ENSINO E APRENDIZAGEM.

Aprovada, em 15 de agosto de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

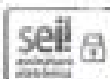
Prof. Charles Moreira Cunha
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Maristela Vargas Losakann
Hospital Nossa Senhora da Conceição / Serv. Saúde Com. GHC-RS

Belo Horizonte, 15 de agosto de 2023



Documento assinado eletronicamente por Charles Moreira Cunha, Professor do Magistério Superior, em 17/08/2023, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543 de 11 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva, Usuária Externa, em 17/08/2023, às 15:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543 de 11 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Neli Sabino de Oliveira, Professor do Magistério Superior, em 21/08/2023, às 15:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543 de 11 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Maristela Vargas Losakann, Usuária Externa, em 21/08/2023, às 09:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543 de 11 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=verificacao_documento_confirmado_gesta_documento_especial, informando o código verificador 2534889 e o código CRC 4006784C.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PRIMEIRO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA/MP

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES

Realizou-se, no dia 15 de agosto de 2023, às 14:00 horas, por videoconferência, a 444ª defesa de dissertação, intitulada *O SABER INVESTIDO NO CORPO-SÍ: uma contribuição para a formação do enfermeiro que atua em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*, apresentada por JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES, número de registro 2021650280, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Profa. Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva - Orientadora (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais), Prof. Charles Moreira Cunha (Universidade Federal de Minas Gerais), Profa. Maristela Vargas Losekann (Hosp. N. Sra. Conceição / Serv Saúde GHC-RS).

A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada.
- Reprovada.
- Aprovada com indicação de correções.

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 15 de agosto de 2023.

Profa. Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva (Doutora)

Prof. Charles Moreira Cunha (Doutor)

Profa. Maristela Vargas Losekann (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por Charles Moreira Cunha, Professor do Magistério Superior, em 17/08/2023, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva, Usuário Externo, em 17/08/2023, às 15:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Nelli Sabino de Oliveira, Professor do Magistério Superior, em 21/08/2023, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Maristela Vargas Losekann, Usuário Externo, em 21/08/2023, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/oi/autenticador_documento?codigo_documento=2534800&codigo_verificador=98708048, informando o código verificador 2534800 e o código CRC 98708048.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre iluminar o meu caminho e guiar meus passos, mesmo quando a caminhada a meu ver parecia muito árdua;

Ao meu esposo, Davidson, meu maior incentivador, que tornou esta etapa mais amena e me fez sempre ter os olhos brilhantes pelo mundo do trabalho. Obrigada por acreditar no meu potencial e sempre me incentivar a subir mais um degrau na escada da vida. Obrigada por estar ao meu lado me ouvindo e acolhendo e por compartilhar comigo todos os momentos;

Aos meus filhos, Arthur e Gabriel, que mesmo sem entender muito bem o que eu realmente estava fazendo me apoiaram nos momentos de estresse e de ausência;

À toda minha família, principalmente aos meus pais, pela preocupação, por torcer por mim e comemorar cada pequena vitória;

À professora Dr^a Mariana Veríssimo, minha querida orientadora, que com suas palavras sempre muito gentis e carinhosas, muito me ensinou e amparou nos momentos de incerteza. A você meu respeito, admiração e carinho;

Aos professores Dr Charles Moreira Cunha e Dr^a Maristela Vargas Losekann, pelas contribuições e sugestões feitas no exame de qualificação para a melhoria deste trabalho, bem como para a defesa da dissertação;

Aos mestres do PROMESTRE que conheci ao longo dessa jornada. Todos vocês foram fundamentais e tiveram uma contribuição imensa na minha formação;

Aos meus colegas da linha de pesquisa que, mesmo distantes, ajudaram-me a vencer a ansiedade, o medo e as dificuldades resultantes do Ensino Remoto Emergencial. Ter alguém para compartilhar essa jornada foi fundamental;

À toda equipe da UTIN do CMI de Contagem, que me receberam e acolheram em seu ambiente de trabalho com muito respeito e disposição, permitindo a concretização desta pesquisa. Em especial às enfermeiras Tatiana e Sônia por compartilharem comigo seus sentimentos, angústias, experiências de vida e de trabalho. Esta pesquisa ficou mais completa com o auxílio de vocês;

À todos que deixei de citar e que contribuíram de alguma forma para a realização desta conquista.

*“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a realidade”.*

Nise da Silveira

RESUMO

Os avanços tecnológicos e a introdução de recursos humanos mais especializados têm beneficiado o campo da saúde, em especial a neonatologia, com a utilização de modernos e terapêuticos equipamentos, que permitem oferecer suporte e clínicas mais eficazes para manutenção da vida e sobrevivência dos recém-nascidos, cada vez mais prematuros, mesmo que em condições de extrema gravidade. Como consequência, o nível de complexidade da assistência de uma Unidade Neonatal tem se elevado, uma vez que os recursos terapêuticos avançados permitem o suporte vital necessário para os recém-nascidos em estado crítico, aumentando as chances de sobrevivência e recuperação, o que tem trazido desafios adicionais aos profissionais de saúde que atuam nesse setor, ao lidar com casos cada vez mais complexos, que exigem atenção mais intensiva, altamente especializada e treinada por parte de toda equipe de saúde. Dessa forma, este estudo teve, por objetivo, compreender o gesto que explicita o saber investido no corpo-si da enfermeira que o permite preencher a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A pesquisa foi desenvolvida com base na utilização do método qualitativo e empregou, como instrumento de produção de dados, a técnica da autoconfrontação simples e cruzada, a partir da abordagem ergológica. Os resultados foram apresentados a partir das seguintes categorias: 1) Normas antecedentes e o vivenciado nas situações singulares de trabalho; 2) O corpo-si; 3) Dramáticas do uso de si, o uso de si por si mesmo e uso de si pelos outros; 4) Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes; 5) Saberes investidos, saberes constituídos ou formais; 6) Gestos no trabalho. A partir de cada categoria, os conceitos foram aprofundados, discutidos e confrontados com as situações apresentadas. Foi revelado que o trabalho das enfermeiras é um trabalho demasiadamente constrangido, engessado, descrito e prescrito em documentos normatizadores. Observou-se que ao contrário da estabilidade dos procedimentos operacionais padrão sistematizados na UTIN, como forma de prescrever o conjunto das tarefas a serem executadas e de limitar esse profissional de fazer qualquer tipo de escolha, a atividade das enfermeiras emergiu como uma dramática do uso de si, que se desdobrou no uso de si por si mesma e no uso de si pelo outro, algo dinâmico e enigmático a promover uma permanente articulação entre atividades, saberes e valores. Couberam à enfermeiras participantes da pesquisa vivenciar as dramáticas do uso de si frente às normas antecedentes e de se apropriar do meio, fazendo deste meio seu, como patrimônio, por meio da renormatização em que direcionou e singularizou a sua prática, considerando a singularidade de cada situação e a realização de micro-escolhas geridas permanentemente frente às insuficiências dos instrumentos prescritivos incapazes de antecipar o conjunto das possibilidades presentes e futuras de uma determinada situação de trabalho. Os resultados também demonstraram que as enfermeiras, foram capazes de agregar valor à assistência, ofereceram cuidados individualizados e promoveram a humanização no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem; Ergologia; Formação Humana; Educação; Trabalho.

ABSTRACT

Technological advances and the introduction of more specialized human resources have benefited the health field, especially neonatology, with the use of modern and therapeutic equipment, which allow offering more effective support and clinics to maintain the life and survival of newborns, who are increasingly premature, even if in extremely severe conditions. As a consequence, the level of complexity of assistance in a Neonatal Unit has increased, since the advanced therapeutic resources allow the necessary vital support for newborns in critical condition, increasing the chances of survival and recovery, which has brought additional challenges to health professionals working in this sector, when dealing with increasingly complex cases, which require more intensive, highly specialized and trained attention from the entire health team. Thus, this study aimed to understand the gesture that makes explicit the knowledge invested in the nurses' body-self that allows them to bridge the gap between the prescribed work and the real work in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The research was developed based on the use of the qualitative method and employed, as an instrument of data production, the technique of simple and crossed self-confrontation, from the ergological approach. The results were presented based on the following categories: 1) Previous norms and what was experienced in the singular situations of work; 2) The body-self; 3) Dramatics of the use of the self, the use of the self by the self and the use of the self by others; 4) Relatively Relevant Collective Entities; 5) Invested knowledge, constituted or formal knowledge; 6) Gestures at work. From each category, the concepts were deepened, discussed, and confronted with the situations presented. It was revealed that nurses' work is too constrained, plastered, described and prescribed in normative documents. It was observed that, contrary to the stability of systematized standard operating procedures at the NICU, as a way to prescribe the set of tasks to be performed and to limit this professional from making any kind of choice, the nurses' activity emerged as a dramatic use of self, which unfolded in the use of self by oneself and in the use of self by the other, something dynamic and enigmatic to promote a permanent articulation between activities, knowledge and values. It was up to the nurses who participated in the research to experience the dramatics of using themselves in face of the preceding norms and of appropriating the environment, making it their own, as a heritage, through the renormatization in which they directed and singularized their practice, considering the uniqueness of each situation and the making of micro-choices permanently managed in face of the insufficiencies of the prescriptive instruments incapable of anticipating the set of present and future possibilities of a given work situation. The results also showed that nurses, were able to add value to assistance, offered individualized care and promoted humanization in the work environment.

Keywords: Nursing; Ergology; Human Formation; Education; Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Fluxograma do processo de amostragem	26
Figura 02	Toque da enfermeira na mão do recém-nascido, visualizando as veias no procedimento do PICC	94
Figura 03	Enfermeiras na primeira tentativa de punção de veia para o PICC	96
Figura 04	Introdução do PICC.....	97
Figura 05	Enfermeira realizando o aquecimento do membro do recém-nascido ..	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Tempo de filmagem	33
Quadro 02	Abreviaturas para as autoconfrontações	34
Quadro 03	Normas para transcrição	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil socioeconômico e demográfico	67
Tabela 2	Vinculação institucional	67
Tabela 3	Formação e atualização profissional	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Autoconfrontação simples
ACC	Autoconfrontação cruzada
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONU	Organização das Nações Unidas
NPT	Nutrição Parenteral Total
PICC	Cateter Venoso Central de Inserção Periférica
RN	Recém-Nascido
SSA	Serviço Social Autônomo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCO	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UN	Unidade Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-a	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI-ped	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTI-q	Terapia Intensiva Queimados
RAS	Redes de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivo Geral	18
1.2 Objetivos Específicos	18
1.3 Justificativa	19
2 PERCURSO METODOLÓGICO	22
2.1 Tipo de pesquisa	23
2.2 Cenário da pesquisa	24
2.3 Participantes da pesquisa	26
2.4 Instrumentos de produção de dados.....	28
2.4.1 Primeira Etapa	29
2.4.2 Segunda Etapa	30
2.4.3 Terceira Etapa	31
2.4.4 Quarta Etapa	32
2.5 Análise dos dados	36
2.6 Aspectos éticos	37
2.7 Estrutura da dissertação	37
3 O HOMEM, O TRABALHO E AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO CONTEMPORÂNEO	39
3.1 A complexidade e a especificidade do trabalho no setor de serviços.....	42
4 UM OLHAR SOBRE O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	44
4.1 O processo de trabalho no contexto hospitalar	49
4.2 A especificidade do trabalho na Unidade Neonatal.....	53
4.3 O trabalho do Enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	57
5 A ABORDAGEM ERGOLÓGICA COMO POSSIBILIDADE DE ESTUDO DA ATIVIDADE HUMANA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS	61
5.1 O trabalho na perspectiva ergológica	65
6 O PERFIL DA PROFISSIONAL ENFERMEIRA	67
7 AUTOCONFRONTAÇÃO: PARA COMPREENDER O TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UMA UTIN	72
7.1 Normas antecedentes e o vivenciado nas situações singulares de trabalho.....	72
7.2 O corpo-si	76
7.3 Dramáticas do uso de si, o uso de si por si mesma e uso de si pelos outros	80
7.4 Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP).....	84
7.5 Saberes investidos, saberes constituídos ou formais	87
7.6 O gesto da enfermeira em um procedimento de PICC	92

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
9 PRODUTO	107
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO EM REVISTA CIENTÍFICA.....	122
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	137
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
APÊNDICE D – PRODUTO	144
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/UFMG)	157

1 INTRODUÇÃO

As inquietações que motivaram esta pesquisa têm origem na trajetória da pesquisadora como profissional de saúde e Enfermeira em um Centro Materno Infantil, na assistência à saúde de um Serviço de Terapia Intensiva Neonatal, no Município de Contagem. Este Município pertence à região metropolitana de Belo Horizonte e é considerado o terceiro município mais populoso do estado, com aproximadamente 621865 habitantes (IBGE, 2023). O Centro Materno Infantil é considerado a única unidade da região de alta complexidade e referência para a população do município em pronto atendimento, cirurgias e internações das especialidades de obstetrícia e ginecologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A rotina de trabalho em quatorze anos de graduada, a busca por atualização e qualificação profissional, afloraram o interesse pela análise micropolítica dos hospitais, permitindo-me refletir sobre a dimensão subjetiva envolvida no trabalho em saúde e, principalmente, sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde, identificando os contextos e desafios contemporâneos do mundo do trabalho.

O hospital tem se destacado como um importante e grave foco de problemas relacionados à Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho e exigido, de modo crescente, intervenções preventivas (MENDES, 2014). Segundo Mendes e Cunha (2018), estas repercussões do trabalho sobre a saúde têm sido conformadas em processos de desgaste e adoecimentos diversos, entre os quais destacam-se as variadas manifestações de adoecimento psíquico e de acidentes de trabalho.

A assistência hospitalar é caracterizada pela complexidade e peculiaridade dos serviços prestados (CARAPINHEIRO, 1998; ECHTERNACHT, 2008; MENDES, 2014), muitas das vezes pouco rentáveis e, ao desenvolvimento de serviços altamente especializados com uma alta tecnologia (MARTIN; GADBOIS, 2007).

Os avanços tecnológicos e a introdução de recursos humanos mais especializados têm beneficiado o campo da saúde, em especial da neonatologia, com a utilização de equipamentos modernos e terapêuticos, que permitem oferecer suporte e clínicas mais eficazes para a manutenção da vida e sobrevivência dos recém-nascidos, mesmo que em condições de extrema gravidade.

Os diagnósticos, as terapias sofisticadas e os procedimentos cirúrgicos têm garantido a sobrevivência dos recém-nascidos cada vez mais prematuros na Unidade Neonatal (UN) que, em algumas décadas, eram considerados inviáveis pela ciência (MENEZES DIAS *et al.*, 2023). Porém, percebe-se no dia a dia que esses pacientes frágeis estão sendo submetidos, também, a procedimentos invasivos agressivos, considerados hostis, de alto risco, com baixa tolerância a erros da equipe multiprofissional, principalmente da equipe de enfermagem que presta assistência direta ao recém-nascido 24 horas por dia.

Dentre a equipe multiprofissional que atua na UN, a enfermeira é uma especialista fundamental para garantir o cuidado com esse paciente. O trabalho da enfermeira consiste nas atividades assistenciais e gerenciais complexas que exigem competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida, qualidade de vida e à morte desses recém-nascidos.

A enfermeira é quem coordena toda a dinâmica da unidade neonatal e é responsável pelo planejamento, implementação, evolução e avaliação da assistência, sendo o elo de ligação entre a equipe multiprofissional, o recém-nascido, a família e o hospital.

Segundo Camelo (2012), a enfermeira também é responsável por prover equipamentos e materiais permanentes para todos os profissionais da saúde, proporcionar a qualificação da equipe (educação continuada), gerenciamento da equipe de enfermagem por meio de escalas de trabalho, padronização e sistematização da assistência de enfermagem, controle de infecções, vagas, encaminhamentos, transportes, resultados de exames e também, resolução de problemas administrativos.

Além destas atribuições, as ações de educação em saúde integram, rotineiramente, o trabalho da enfermeira, sejam elas relacionados a equipe e/ou paciente. A educação em saúde possui, segundo Ramos (2018), *"a finalidade de integrar diversos saberes, como o científico, o popular e o do senso comum, possibilitando que os indivíduos envolvidos desenvolvam uma visão crítica acerca da produção do cuidado em saúde"* (RAMOS, 2018, p. 1212). A enfermeira ainda, segundo o mesmo autor, é a profissional, se comparado a outras profissões, que têm inerente a suas práticas de cuidado, mais ações de educação em saúde. Somente na última década, as relações pedagógicas têm sido abordadas e discutidas pela enfermagem como um processo que envolve a formação, capacitação e interação social, ocorrida no contexto de trabalho, impregnados de saberes de cada profissional e do coletivo, razão pela qual a

pesquisadora ficou instigada a realizar esta pesquisa no Programa de Mestrado Profissional - Promestre na Faculdade de Educação/UFMG.

O trabalho dessa profissional está inserido em um território de conflitos, subjetividades, desejos, micropoderes que operam, sobretudo, com base em um recorte de uma realidade, precedida de protocolos, que objetivam descrever e normatizar o que se vai fazer. Porém, ao realizar as tarefas, nem sempre é possível prever e antecipar como irá acontecer esse encontro, necessitando naquele momento modificar a norma pré-estabelecida, considerando que cada pessoa possui uma singularidade, sendo necessário que o profissional diante das variabilidades, atribua regulamentos próprios e faça escolhas, a partir do que é vivenciado, como por exemplo, falta de materiais ou quantidade de procedimentos ao longo de um turno de trabalho (MENDES; CUNHA, 2018).

O trabalho da enfermagem configura-se então, neste contexto, na simultaneidade entre produção e consumo, pela variabilidade e imprevisibilidade, com forte influência das decisões e valores dos sujeitos que o realizam, incluindo condições materiais para sua realização, modos de organização e relações do trabalho, envolvendo diversos trabalhadores e profissionais, com saberes específicos e necessários para o cuidado em saúde (RIBEIRO; PIRES; SCHERER, 2019).

Ao agir, o humano entra num debate de normas na medida em que se depara com circunstâncias em que é necessário mudar a maneira de pôr em prática, necessitando refletir e decidir o que é melhor naquele momento, ocorrendo uma renormatização (DURRIVE, 2011).

É neste contexto que foram encontradas as maiores contradições no trabalho como enfermeira: de um lado, um trabalho regido por protocolos e rotinas e, de outro, a situação real vivenciada, associada a diversas situações problema, como: diminuição dos recursos humanos, restrição e/ou falta de materiais constantes, absenteísmos, falta de profissionais qualificados na assistência e/ou inexperientes, recém-nascidos (RN) mais graves que demandam assistência individual por longo período, acarretando uma sobrecarga e sofrimento para o trabalhador.

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

consecução do objetivo final do trabalho, dentro de determinados limites (PONTES, 2014, p. 25).

Com base nas experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho, algumas inquietações surgiram, para além da organização do trabalho de enfermagem, instigando-me a aprofundar o olhar crítico sobre o contexto em que esse profissional está inserido no ambiente intra-hospitalar, pensando nas dramáticas dos usos de si por si e pelos outros, vivenciadas por esse trabalhador - considerando seus saberes, seus valores e como esses elementos influenciam na maneira de ser e de realizar o trabalho.

É pressuposto que a conduta específica é regida por protocolos e o profissional, necessariamente, deve ser capacitado para o procedimento. Duraffourg (2010) complementa que “*é preciso evitar atribuir às normas sentido pejorativo, visto que para trabalhar é muito importante ter um prescrito*”. Porém, o fazer humano no trabalho é uma apropriação das normas antecedentes que abarcam restrições de execução heterodeterminada, pois há nelas algo que pode ser identificado como a expressão de um dogmatismo científico amparado por um poder social. Segundo Canguilhem (2010, p. 101) “*entre o ser vivo e o seu meio, a relação se estabelece como um debate (...) onde o ser vivo aporta suas próprias normas de apreciação das situações, onde ele domina o meio e se acomoda a ele*”. Se o trabalho tem sempre uma dimensão do prescrito, ele tem sempre também uma dimensão histórica que nos reenvia a uma experiência do “*uso de si*” que fazem os trabalhadores.

O trabalho é um lugar de acontecimentos complexos, uma unidade problemática entre a atividade humana, as condições reais de trabalho e os resultados efetivamente obtidos (CUNHA, 2014; MENDES, 2014).

Muito do que a enfermeira faz para gerir os disfuncionamentos diários na assistência são invisíveis, a ação cotidiana demandada se faz “*quase na clandestinidade*”, no vazio de normas ali estabelecido e o risco de punição (teoria comportamental de culpabilização), o que provoca uma alta carga de trabalho, na profissional e na coletividade, em razão das diversas tomadas de decisão necessárias para gerir o aqui e agora no cuidado.

Segundo Cunha (2007, p. 2), “*mesmo obedecer às normas antecedentes já é praticar escolhas. E ao operar nos interstícios das normas antecedentes, o homem faz história*”. Tais escolhas determinam “*a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver*” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 192). Se por um lado, trabalhar é sempre um processo de singularização e

ressingularização, por outro, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva, entidade cujos contornos variáveis se constituem espontaneamente “*com relação a ou em relação com a organização prescrita*” (Idem, p.193).

Tendo em vista as considerações apresentadas, buscar-se-á responder à seguinte questão norteadora desta pesquisa: 1) quais saberes e valores estariam investidos no corpo-si de quem realiza o procedimento de Inserção de Catéter Venoso Central de Inserção Periférica, em recém-nascidos prematuros?

1.1 Objetivo Geral

Compreender o gesto que explicita o saber investido no corpo-si da enfermeira que a permite preencher a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os constrangimentos enfrentados para gerir as demandas apresentadas, a clínica a ser estabelecida, a gestão da própria saúde e a do paciente;
- Revelar os saberes e valores investidos (singular e coletivamente) no corpo-si das enfermeiras, no cotidiano da assistência em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- Verificar o saber investido no gesto da enfermeira ao realizar o procedimento de Inserção de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em um recém-nascido prematuro.

1.3 Justificativa

A pesquisa proposta justifica-se por propiciar um campo de discussões e reflexões entre as profissionais enfermeiras¹ que atuam na terapia intensiva neonatal e entre gestores. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam fornecer dados relevantes, não somente para a academia, na função da construção de novos conhecimentos, mas para a instituição que vislumbrará o impacto da organização do trabalho e estratégias organizacionais, a partir do olhar do trabalhador, o que permitirá o desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento do coletivo de trabalho.

A educação no campo da saúde constitui em um território de teorias e práticas relacionadas entre o conhecimento e os processos de saúde e doença dos sujeitos individuais e coletivos. Esse conhecimento é construído por meio de um possível diálogo entre o saber constituído, produzido pela ciência, e o saber do senso comum, produto da vivência cotidiana e das relações perceptivas e afetivas das pessoas (SOARES, 2017), pouco discutido ou abordado pelos profissionais de enfermagem nos locais de trabalho.

A educação em saúde é uma prática fundamental do processo de trabalho dos profissionais de saúde nos diferentes contextos de trabalho. Normalmente são desenvolvidas com ênfase em adoecimentos e de modo verticalizado, ancorado no modelo tradicional de educação, caracterizado pela ampliação das informações para a pessoa e/ou para as coletividades sobre os agravos de saúde, com recomendações de comportamentos considerados certos ou errados, aceitáveis ou não, com enfoque na transmissão de informações e na persuasão, em detrimento da construção dialogada do conhecimento (SOARES, 2017, GAZZINELLI *et al.*, 2013).

Esse modelo tradicional, observado nos processos formativos dos profissionais de saúde, é baseado na concepção dos educandos como sujeitos passivos, a desconsideração da sua realidade e dos seus conhecimentos prévios e, ainda, desconsidera os tipos de sujeitos que se busca conformar. O que se percebe é a abordagem tradicional da educação (Mizukami, 1986), predominando na formação das enfermeiras durante a graduação, com articulação limitada entre as disciplinas e restrito espaço para a discussão e a reflexão sobre os métodos que sustentam as práticas educativas (SOARES, 2017).

¹ A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina. Embora um dos participantes da pesquisa seja do sexo masculino, optou-se por privilegiar o gênero feminino, a partir do capítulo 5 (no qual são iniciadas a apresentação dos resultados da pesquisa), favorecendo e reforçando a característica inerente da profissão.

Segundo Rosa *et al.* (2006), as experiências curriculares, muitas vezes, objetivam instrumentalizar os alunos para a realização de práticas educativas preventivistas, pautadas em saberes técnico-científicos com aporte teórico insuficiente acerca da educação, sendo abordado mais na forma de técnica de grupo ou oficina do que na forma de pressupostos teóricos.

Discutir a educação, a formação no trabalho, a organização do trabalho e o trabalho real dos trabalhadores da enfermagem, convida-nos a nos manter atentos àquilo que nos acontece, que nos toca quando estamos em um contexto que agrega outras possibilidades de problematização e saberes. Convoca-nos a buscar nas experiências anteriores o sentido da situação vivenciada e a nos lançar para outras conexões possíveis de serem identificadas e trabalhadas.

Outro fato que deve ser abordado está relacionado às intensas e profundas transformações no mundo do trabalho contemporâneo, em especial, na área da saúde - a maneira de se produzir a saúde e os modos de organização dos processos produtivos deste campo de práticas sociais, tem sido tema de grandes debates entre vários atores sociais implicados neste campo (BAUMAN, 2001; CALVO *et al.*, 2022; HENNINGTON, 2011; MENDES; CUNHA, 2018).

A complexidade desse campo pode ser percebida por meio de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou seja, no tempo e lugar onde se realiza a atividade produtiva, no agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho. Trabalhadores protagonistas individuais e coletivos, carregados de intencionalidade e impulsionados por subjetividades. É neste local de encontro entre estes trabalhadores dos serviços e usuários, que está a riqueza e a intensa atividade de cuidado, onde cruzam-se saberes, fazeres, produzindo cenários para a construção de linhas de cuidado. Estes cenários estão vinculados a diferentes objetivos, interesses e redes de relações sociais, que operam em diferentes níveis, definidos pelos processos e pelas tecnologias de trabalho (FRANCO; MERHY, 2013 p. 88).

O trabalho em saúde coloca em debate uma diversidade de fontes de prescrição, em que a produção do cuidado é exercida de uma forma rígida, sendo necessário estabelecer prioridades entre elas, ocasionando uma permanente tensão entre princípios, regras, modelos, formação técnico-científica e recursos disponíveis. O profissional a todo momento exerce sua "*criatividade*" necessária para o cuidado em saúde, possibilitando mudanças estruturais na produção do cuidado, dando origem ao trabalho real, ou seja, aquele que acontece efetivamente no cotidiano, com uma certa obediência às normas e uma dose de transgressão para se resolver as novidades e os imprevistos que surgem.

Com o avanço tecnológico e o constante desenvolvimento técnico científico na área neonatal, nos últimos anos, têm-se modificado o perfil dos recém-nascidos internados, demandando cuidados cada vez mais complexos e procedimentos mais invasivos para a garantia da sobrevivência.

A experiência profissional da pesquisadora na área da neonatologia proporcionou observar que a obtenção de um acesso venoso seguro consiste em um dos maiores desafios para a equipe assistencial. Dentre os avanços tecnológicos, na área da neonatologia, o cateter venoso central de inserção periférica (PICC) ou cateter epicutâneo como será referenciado neste estudo, é um importante recurso terapêutico utilizado para a terapia intravenosa, condição primordial no tratamento de recém-nascidos críticos. Ele permite um acesso venoso prolongado, seguro, eficaz e de qualidade, além de proporcionar ao recém-nascido menor exposição a dor e desconforto gerado por múltiplas venopunções, estresse, complicações mecânicas e infecciosas, contribuindo para a diminuição do tempo de internação e, conseqüentemente, custos desnecessários à instituição hospitalar.

Portanto, discutir o trabalho da enfermeira ao realizar essa tarefa em uma Unidade Neonatal se faz necessário, pois envolve uma característica específica e peculiar da clientela e, conforme Moreira, Lopes e Carvalho (2004), conduzem a profissional à construção de um saber e um fazer específico, que dotam a trabalhadora dessa área de habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

A escolha pelo procedimento de cateterismo epicutâneo se deu por ser rotineiro neste ambiente, consumindo grande parte do dia de trabalho da profissional e por considerar que é privativo da enfermeira os "*cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas*" (BRASIL, 1986). O procedimento de cateterismo epicutâneo e seus cuidados é de responsabilidade da profissional enfermeira.

O trabalho em saúde é centrado em "*trabalho vivo em ato*" permanente, ou seja, é produzido no mesmo momento em que está sendo consumido (MERHY, 2014), semelhante ao trabalho da educação. A tarefa, no cotidiano da assistência, reflete aquilo que foi antecipado, com os meios materiais estabelecidos e os resultados previstos pelos gestores e que se materializam na organização do trabalho. O real da atividade é composto por aquilo que foi vivido, frente às variabilidades apresentadas (pessoas, equipamentos/matérias-primas, meios/processos, do

ambiente) e os resultados reais vividos, com uma infinidade de comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes, tomadas pelo trabalhador não reconhecidos formalmente, sendo então invisível (CALVO *et al.*, 2020; ECHTERNACHT, 2008; MENDES, 2014).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O primeiro passo no processo investigativo para esta pesquisa foi a revisão de literatura sobre a formação e o trabalho de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a partir da perspectiva ergológica, realizada nas bases de dados virtuais indexadas da Biblioteca Virtual em Saúde - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e banco de dados da PubMed. A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro e dezembro de 2021, utilizando os seguintes descritores: “Terapia Intensiva Neonatal”, “enfermagem”, “ergologia”, “normas antecedentes” e “dramáticas dos usos de si”, com um recorte temporal de 2011 a 2021.

Diante dos achados, extraídos dos estudos selecionados, percebeu-se que os profissionais de enfermagem estão inseridos em um meio complexo, no qual convivem com situações que extrapolam os problemas clínicos, muitas vezes distintos e contraditórios, sendo necessário uma gestão das dramáticas dos usos de si por si e pelos outros. Apesar das condições muitas vezes desfavoráveis, os trabalhadores de enfermagem renormatizam para responderem, enquanto estratégia de gestão, às necessidades do meio, sempre infiel (CANGUILHEM, 2010) e preservarem a saúde.

Essa revisão da literatura corroborou para os pesquisadores se aproximarem do objeto de pesquisa, traçando um panorama, síntese e análise sobre as produções científicas e deu origem ao artigo intitulado: A formação em enfermagem e o trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura a partir da perspectiva ergológica, que pode ser visualizado no Apêndice A e se encontra em processo de publicação em periódico.

2.1 Tipo de pesquisa

Esta é uma pesquisa cuja abordagem é qualitativa. A metodologia qualitativa foi escolhida como lente de investigação em razão da sua possibilidade de investigar determinado fato social ultrapassando a sua superficialidade, indo além de dados quantificáveis. A abordagem qualitativa possibilita visualizar o objeto de estudo em maior profundidade, de forma integrada, valorizando as perspectivas dos sujeitos envolvidos e a diversidade de seus pontos de vista, agentes ativos que interpretam o mundo em que vivem continuamente (MINAYO, 2014), considerando seus elementos, nuances e especificidades, numa perspectiva holística e conectada (OLABUÉNAGA, 2012).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estudam as ações dos indivíduos, grupos ou organizações inseridas em seu ambiente, considerado mutável, com contexto social, econômico e histórico não passíveis de controle e de difícil interpretação, generalização ou reprodução. Além disso, a abordagem qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação e nas construções humanas significativas, que agem de acordo com seus valores, sentimentos e experiências, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (CHIZZOTTI, 2003; MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa ganha espaço na atualidade, uma vez que trabalha com a subjetividade de cada pessoa, por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo e com a complexidade humana em um universo em que o sujeito se encontra em relação constante com o outro a partir das experiências que vivencia, fazendo com que saltem aos olhos, questões não alcançadas pelo método quantitativo (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) destaca, ainda que, na pesquisa qualitativa, durante a investigação científica, é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de produção de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada.

Assim, optou-se por, dentre os vários caminhos e possibilidades da pesquisa qualitativa, compreender os processos de trabalho e as estratégias construídas enquanto regulação, de forma particular, com base nas noções formuladas pela abordagem ergológica. Isso ocorre porque a abordagem ergológica propõe investigar os fenômenos relacionados à atividade de trabalho a partir da perspectiva do trabalhador. Nessa abordagem, os trabalhadores podem utilizar sua própria experiência para refletir sobre sua atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

2.2 Cenário da pesquisa

O cenário desta pesquisa é uma Unidade Neonatal de um Centro Materno Infantil – CMI, localizado na cidade de Contagem, Minas Gerais.

A cidade de Contagem dispõe em sua rede de urgência, de uma Maternidade, que de março de 2010 até abril de 2016, tinha o seu funcionamento dentro do Hospital Municipal de Contagem. A partir de maio de 2016, a maternidade foi inaugurada em outro prédio, dando origem ao Centro Materno Infantil. Neste período, a maternidade foi iniciada com poucos setores em funcionamento (bloco cirúrgico e alojamento conjunto). Em agosto de 2017, o CMI atingiu 100% de sua capacidade de atendimento, com todos os setores em funcionamento. A inauguração do CMI, instituição pública, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu a criação de uma rede integrada de cuidado e regionalização do atendimento de urgência e emergência pediátrica, atendimento a partos e ginecologia.

Atualmente, o Centro Materno Infantil conta com 157 leitos, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 28/12/21, distribuídos em leitos de alojamento conjunto, pediatria, UTI pediátrica, bloco obstétrico, pré parto e Unidade Neonatal.

A Unidade Neonatal (UN), local escolhido para a realização da pesquisa, ocupa parte do terceiro andar do prédio do Centro Materno Infantil, onde também se localiza, o Centro de Terapia Intensivo Pediátrico e as enfermarias de pediatria.

A área física da UN abrange uma linha de cuidados progressivos, sendo composta por:

- Dois salões de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), destinados à assistência aos recém-nascidos de alto e médio risco, cada um com 10 leitos;

- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), destinados à assistência dos recém-nascidos de baixo risco e em pré-alta, com duas tipologias:
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), um salão com 10 leitos e um salão com 05 leitos;
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), destinada à assistência ao binômio mãe-prematuro, com 06 leitos.

Complementando a área física, a Unidade abrange uma recepção, sala de coordenação de enfermagem e médica, sala de prescrição médica, banheiro feminino e masculino para os trabalhadores, copa, quarto dos médicos e área de expurgo e, em corredor mais externo, o alojamento de nutrizas e banheiro para visitantes.

Segundo Brasil (2012), a Unidade Neonatal: *"é responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos"* (BRASIL, 2012).

A escolha desta Unidade Neonatal aconteceu devido às peculiaridades do setor, comparado aos outros setores do hospital, que funciona com rotinas específicas, contínuas, de alta complexidade, permeado por grande aporte tecnológico (tecnologias duras) e com uma estruturação física de espaços bem delimitados, que propiciam relações mais próximas, com realização de tarefas que demandam articulação, vínculo e trabalho em equipe (tecnologias leves) tanto entre profissionais quanto entre pacientes/famíliares, com produção de saberes que influenciam as ações dos profissionais (tecnologia leve/dura) e trazem repercussões tanto para o cuidado ao paciente/família quanto para o profissional, além de ser considerado um local estressante devido ao risco iminente de morte, no qual os profissionais lidam a todo momento com dor e sofrimento vivenciados pelo paciente e familiares.

A equipe multiprofissional da UN é composta por:

- Enfermeiras: 04 plantonistas/dia e 04 plantonistas/noite;
- Técnicos de enfermagem: Plantão diurno com 14 plantonistas na assistência e 01 plantonista no material, Plantão noturno com 15 a 16 plantonistas na assistência;
- Médicos: Plantão diurno com 03 plantonistas e 03 horizontais, Plantão noturno com 03 plantonistas;

- Coordenação: 01 coordenadora de enfermagem e 01 coordenador médico que são responsáveis pela Unidade Neonatal e CTI Pediátrico;
- Fonoaudiólogas: 01 que atende à demanda da UN e alojamento conjunto e 01 que atende a UN, mas é responsável somente pelos exames de orelhinha;
- Psicologia: 02 que atendem toda a Maternidade;
- Assistente social: 01 que atende toda a Maternidade;
- Secretárias: Plantão diurno com 01 plantonista e 01 diarista e mais 01 para auxílio de RH/coordenação de enfermagem, Plantão noturno com 01 plantonista.

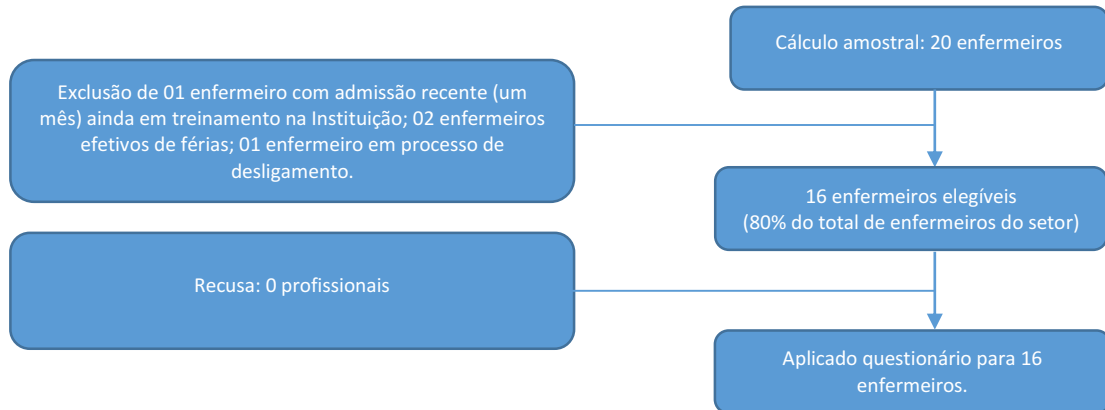
A Unidade conta ainda profissionais de outras especialidades que prestam serviço a partir de solicitação de Interconsulta: equipe de cuidados com a pele, cirurgiões pediátricos, neurocirurgia, cardiologia, ortopedia e plástica; residentes e profissionais que prestam serviço de acordo com a demanda da Unidade: Raio x, banco de leite, banco de sangue e laboratório.

2.3 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa são 16 enfermeiras que atuam na assistência da Unidade Neonatal. Segundo Minayo (2014), o critério de escolha da amostra em pesquisa de natureza qualitativa, embora o pesquisador precise, muitas vezes, justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, não é numérico.

Conforme pode ser observado na Figura 1, como critério de inclusão, todas as 20 enfermeiras que trabalham na Unidade Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa, sem distinção de plantão, sejam eles diurnos ou noturnos. A pesquisa foi apresentada e explicada aos participantes, bem como os seus riscos, garantia de sigilo dos dados e a possibilidade de retirada dos participantes, a qualquer momento, caso julgassem pertinente sua saída ou desinteresse em continuar participando.

Figura 1 - Fluxograma do processo de amostragem, setembro/2022



Fonte: Elaborado pela autora.

Como a pesquisadora responsável pela pesquisa já tinha o objetivo de realizar a produção de dados em campo, em 2020 ela se desvinculou do hospital e dos possíveis participantes da pesquisa, além de ter tomado todas as precauções necessárias para viabilizar a realização deste trabalho com o máximo de distanciamento, embora ciente da impossibilidade da neutralidade do pesquisador.

Cabe ressaltar, que no período compreendido entre 2018 e 2021, toda a rede de urgência e emergência do município de Contagem - que inclui o Complexo Hospitalar (Hospital Municipal e Centro Materno Infantil) e cinco UPA - foi gerenciada por uma Organização Social (OS). Em novembro de 2021, essa OS sofreu uma intervenção da prefeitura de Contagem. Dentre os motivos decretados pela prefeitura para esta tomada de decisão, os principais seriam: a falta de insumos para o funcionamento das unidades e prestação de serviços adequados para a população de Contagem, as dívidas com os fornecedores, os atrasos nos salários dos servidores, além de irregularidades com as prestações de contas para o município (BRASIL, 2021b).

Após esta intervenção e transição de gestão que compreendeu um período de sete meses, em maio de 2022, toda a rede de urgência e emergência do município passou a ser gerenciada por um Serviço Social Autônomo - SSA (pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, criada pelo município de Contagem) (BRASIL, 2021a).

As mudanças nas gestões implicaram em grandes mudanças organizacionais, principalmente no quadro de profissionais assistenciais, coordenações, gestores setoriais e diretoria de todo Complexo Hospitalar onde a pesquisa foi realizada.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se o tempo de formação para a enfermeira de no mínimo um ano, vínculo empregatício com a instituição e o turno de trabalho. Assim, definiram-se como participantes da pesquisa, as profissionais com mais de um ano de formação e trabalho na enfermagem. O período de um ano de formação foi determinado por entender que a construção dos saberes das profissionais ocorre ao longo do tempo, é dinâmico e compartilhado. Com o funcionamento da UTIN nas 24 horas do dia, tanto o plantão diurno, quanto o plantão noturno foram incluídos, apesar da maior parte dos procedimentos realizados pelas enfermeiras, incluindo o procedimento de PICC, serem realizados com maior frequência no plantão diurno. Todos os três vínculos de trabalho - efetivos, contratos e celetistas - foram incluídos na pesquisa.

Como critério de exclusão, optou-se pela retirada de 01 enfermeira com admissão de um mês, em treinamento na Instituição, 01 enfermeira que estava em processo de desligamento da instituição e 02 enfermeiras efetivas que no momento do preenchimento do questionário estavam de férias².

2.4 Instrumentos de produção de dados

Como primeiro passo, a pesquisa foi apresentada às enfermeiras da unidade, bem como os objetivos e a proposta metodológica do estudo. Uma pasta foi deixada no local onde as enfermeiras se reúnem, de fácil acesso, com uma cópia do projeto, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e o contato da pesquisadora.

Para proceder a produção de dados foram estabelecidas algumas técnicas e instrumentos, que aconteceram em quatro etapas. Minayo (2014), destaca sobre a importância da construção dos instrumentos adequados durante o projeto de pesquisa.

² Inicialmente, como critério de exclusão, a opção seria por não enquadrar as enfermeiras que ocupassem cargos de feristas na UTIN (profissionais que cobrem férias). A exclusão das feristas aconteceria pelo fato dessas trabalhadoras não permanecerem no setor por longos períodos, estabelecendo relações diferenciadas com a instituição e com a equipe sendo, muitas vezes, enfraquecidas em comparação aos demais profissionais. Porém, após a entrada em campo observou-se que a Unidade, ainda, não possui enfermeiras feristas, pois todas as profissionais celetistas se encontram com recontrações recentes, ocorrendo apenas remanejamento dos plantões dessas profissionais.

2.4.1 Primeira Etapa

A **primeira etapa** consistiu na revisão bibliográfica e pesquisa documental (processos institucionais e análise macro-institucional), seguida de **observação geral** das situações do cotidiano, espaço de trabalho e análise organizacional visando a compreensão da singularidade dos contextos produtivos em foco (compreensão dos objetivos, exigências e condições técnicas e organizacionais de execução do trabalho, ressaltando-se as relações com as características organizacionais do trabalho inerentes ao atual sistema de gestão).

A pesquisa documental, de acordo com Lakatos e Marconi (2007), permite ampliar o entendimento das questões de pesquisa cuja compreensão envolve uma contextualização histórica e sociocultural. Cellard (2008) acredita que o uso de documentos em pesquisas permite agregar uma dimensão temporal à compreensão dos fenômenos sociais. Assim, a pesquisa documental, ajuda-nos a compreender o processo evolutivo das pessoas, grupos, conceitos, saberes e práticas. A pesquisa documental foi realizada com base no levantamento e na análise de documentos textuais impressos e disponíveis na Unidade Neonatal, conversas informais com a coordenação da Unidade Neonatal e diretoria do CMI, e conversas com as enfermeiras, com o propósito de se aproximar das situações laborais particulares vividas por eles.

A observação é vital para o estudo da realidade, sem ela o estudo seria reduzido a simples conjectura e adivinhação. A observação ajuda o pesquisador a ter um contato mais direto com a realidade, "[...] *a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento*" (MARCONI; LAKATOS, 2017, p. 79).

Nesta etapa, que se efetivou com a entrada da pesquisadora no campo, foram realizadas anotações em um diário de campo, acerca da percepção e impressões, como forma de contribuição para se atingir os objetivos da pesquisa e ainda para a compreensão dos dados obtidos no questionário e entrevistas. Esta etapa teve duração de 30 dias e permitiu o acesso da pesquisadora aos documentos prescritivos - protocolos institucionais, além de permitir a primeira aproximação com os profissionais estudados. Neste momento, foram preenchidas as informações referentes à caracterização dos participantes da pesquisa. Em seguida, foi realizado agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade, horário e escala de cada participante, para a realização dos procedimentos de produção de dados.

2.4.2 Segunda Etapa

Na **segunda etapa** foi realizado o preenchimento do questionário pelas enfermeiras, no local de atuação do profissional, em horário previamente definido, individualmente, a fim de evitar interferências do pesquisador nesta fase. Este preenchimento foi acompanhado de perto pela pesquisadora, com a possibilidade, naquele momento, de sanar dúvidas sobre as questões, porventura surgidas.

O questionário é um meio de obter respostas, por escrito, às questões com preenchimento pelo próprio informante. Ele pode conter perguntas abertas que possibilitam respostas mais ricas e variadas e/ou fechadas que permitem maior facilidade na tabulação e análise dos dados (CERVO & BERVIAN, 2006; MARCONI & LAKATOS, 2017). Por meio do questionário foi possível alcançar um quantitativo maior de pessoas e interpretar de maneira mais uniforme as questões, devido a sua padronização. Marconi & Lakatos (2017), afirmam que o questionário deve seguir as seguintes recomendações para maior eficácia: os temas escolhidos devem estar de acordo com os objetivos da pesquisa; deve ter limitação em sua extensão e finalidade; as questões devem ser codificadas para facilitar tabulação posterior; deve conter informações para preenchimento e a estética deve ser observada.

O questionário desta pesquisa foi elaborado, impresso, com questões abertas e fechadas e o seu preenchimento por cada enfermeira foi acompanhado pela pesquisadora em quatro dias seguidos nos plantões (diurnos e noturnos), como forma de promover maior interação da pesquisadora com as enfermeiras e minimizar os possíveis inconvenientes como os relatados por Lüdke e André (2013): interpretação das perguntas de maneira distinta pelos interrogados; baixo retorno das respostas, má vontade e franqueza no preenchimento.

Cada enfermeira, após a entrega do questionário, foi identificada por uma sigla e código numérico (Enf 1, Enf 2, Enf 3, Enf 4, Enf 5, Enf 6, Enf 7, Enf 8, Enf 9, Enf 10, Enf 11, Enf 12, Enf 13, Enf 14, Enf 15 e Enf 16), a fim de manter a confidencialidade do profissional e controle da pesquisadora.

Foram respondidos 16 questionários, contemplando 80% das enfermeiras que trabalham na UN, com 100% de adesão das enfermeiras para o qual a pesquisa foi explicitada.

2.4.3 Terceira Etapa

A terceira etapa teve como foco as observações sistemáticas e análise do procedimento escolhido. Após o primeiro contato com os documentos prescritivos institucionais e com o contexto de trabalho, foi realizado um levantamento das tarefas realizadas pelas enfermeiras na UN e identificação dos procedimentos escolhidos.

Ao iniciar as observações sistemáticas, verificou-se a necessidade de discutir, além do procedimento de PICC, também, o procedimento de admissão de Rn na unidade. A filmagem das admissões e da realização do procedimento e do curso da ação do PICC para autoconfrontação foram realizadas em plantão diurno em um período de 45 dias.

Por meio da análise do procedimento de PICC, pode-se compreender “*as relações entre os valores, os saberes e o agir em competência, configuradas na especificidade das situações concretas de trabalho, o que exige fazer emergir a experiência de quem trabalha*” (ECHTERNACHT, 2008), ou seja, buscou-se entender a atividade em sua dimensão micro, a partir de quem trabalha e na vivência da concretude do desenvolvimento de seu trabalho. Nesta perspectiva, a abordagem ergológica constituiu-se num arcabouço teórico que possibilitou refletir sobre o trabalho da enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no qual a trabalhadora ao realizar a tarefa, mobilizou o corpo-si. Em uma situação real de trabalho não há como o profissional realizar somente o que é estabelecido nas normas e rotinas, pois envolve o trabalho humano, que vai muito além da simples realização de uma tarefa (BORGES, 2004).

O trabalhador, segundo Holz e Bianco (2014, p. 496),

sempre reorganiza o trabalho que lhe é imposto, fazendo escolhas e executando-o de outra maneira, e essa reorganização está ligada à forma como ele sente e enxerga o mundo. Isso porque os indivíduos são únicos e singulares e suas histórias e experiências refletem e interferem na realização do seu trabalho, o que leva todo ato de labor a ser um uso de si por si e pelos outros nos coletivos, repletos de encontros de valores.

Neste aspecto, os procedimentos adotados consistiram em observação da tarefa em situação de trabalho e coleta de verbalizações (simultâneas e consecutivas), para posterior, autoconfrontação (simples e/ou cruzadas), que foram realizadas na quarta etapa.

2.4.4 Quarta Etapa

Sobre a autoconfrontação simples e/ou cruzada, Cunha (2020), ressalta que o objetivo é

verbalizar sobre o trabalho, explicitando a relação nas várias interfaces com as quais o trabalhador mantém relação (espaço, tempo, colegas, equipamentos, etc.). Importante sublinhar que na variação em autoconfrontação simples e cruzada há uma intenção de explicitar, para além do realizado, o real da atividade (atividade latente, reprimida, etc.: possíveis não realizados, conflitos vitais) (CUNHA, 2020, p. 140).

Segundo Rezende e Christo (2018), a autoconfrontação favorece espaços e meios para que os conflitos vitais da atividade de trabalho se manifestem. Permite o encontro entre a realidade de trabalho de um agente e ele mesmo, no qual o próprio sujeito torna-se observador e intérprete da sua própria ação em situação real de trabalho, criando condições para que o agir cotidiano se torne um meio de pensamento coletivo, “[...] *mergulha-se no coração da atividade de trabalho, narrado por aqueles que a realizam*” (TRINQUET, 2010). Faïta e Maggi (2007), relatam que a construção se dá por troca verbal entre os sujeitos, com o objeto de seu trabalho e com os interlocutores presentes no momento que ocorre a atividade.

Desta forma, o objetivo é permitir um processo de coanálise, no qual os protagonistas do trabalho se envolvam nas observações e análise de suas ações, reforçando a linguagem verbal. O pesquisador, neste momento, irá organizar a situação de análise e ajudará os sujeitos a construir uma representação linguageira e simbólica da ação cotidiano de trabalho (REZENDE e CHRISTO, 2018).

A autoconfrontação simples (ACS) consiste em "*submeter ao exame de um trabalhador a imagem (normalmente em vídeo) de seu próprio trabalho, em forma de sequências, solicitando-lhe expressar em palavras (comentário) sua própria atividade*" (FAÏTA, 2010 *apud* REZENDE e CHRISTO, 2018).

A autoconfrontação cruzada (ACC) foi realizada em seguida, no qual "*o olhar questionador do(s) par(es) de trabalho é incluído como forma de contribuir para reacender ou revelar ressonâncias, correlações e contradições nessa nova atividade do sujeito de análise de sua atividade de trabalho*" (CLOT, 2010 *apud* REZENDE e CHRISTO, 2018).

Para realizar a produção de **verbalizações**, na autoconfrontação (simples e/ou cruzadas), foi utilizada a **investigação narrativa** com o objetivo de compreender o vivido mobilizando as narrativas da experiência, através da linguagem, em "primeira pessoa" (BRETON, 2020a). A investigação narrativa, situada em primeira pessoa estimula os procedimentos de orientação, favorecendo a entrada na investigação do pesquisador com os quais ele pesquisa, pois como o citado por Breton (2020a), *somente a pessoa que vive a experiência de um fenômeno encontra-se capaz de dizer, a partir do seu ponto de vista e com as suas próprias palavras, sobre o que ela viveu, os efeitos que ela experienciou e os impactos experienciais e biográficos sofridos* (BRETON, 2020a, p. 13).

Assim, o sujeito torna-se atento à sua experiência vivida para descrevê-la, narrá-la, expressá-la, de forma oral ou escrita descrevendo-a com detalhes e narrando-a ao longo do tempo (BRETON, 2020a).

Neste momento, dá-se início a investigação, *colocando em dia as dimensões da experiência que, quando vividas no momento presente, não foram nem refletidas e nem tematizadas* (BRETON, 2020a, p. 14 a). Esses dois gestos de acolhimento do vivido e expressão por meio das palavras caracteriza a primeira fase da investigação narrativa, sendo a segunda fase a narração (BRETON, 2020a).

Breton (2020a), afirma ainda, que narrar a experiência vivida é interessar-se (de novo) pelos momentos passados para apreendê-los como objeto de estudo, associado à experiência do presente a partir das construções estabelecidas entre percepção e memória. *A percepção procede de uma dinâmica durante a qual o “eu” do sujeito é sensível, atento, interessado aos dados da experiência, sobre um modo engajado e implicado* (BRETON, 2020b, p. 110).

Os sujeitos expressam suas singularidades nas escolhas do código linguageiro em situação de trabalho, considerando seus valores e saberes mobilizados na sua atividade, ou seja, no próprio trabalho. A linguagem é aqui compreendida como resultado de uma atividade humana, de um agir discursivo no mundo que nos situa sócio-historicamente (MACHADO, 2008).

A linguagem só se aplica a partir da existência do eu e do outro, segundo Bakhtin (2003), isto é, há a necessidade de outrem para que o eu se concretize em mim e isso ganha significações por meio da língua que é viva e se constitui na interação verbal e não em regras fixas padronizadas. Na percepção de Bakhtin, falar sobre linguagem é falar sobre consciência, pois a consciência só pode surgir e se afirmar como realidade por meio da encarnação material em

signos, quando se impregna de conteúdo ideológico no processo de interação social, na assimilação de discursos alheios (BARROS, 2005).

Vale ressaltar, que a interação verbal, que foi o foco da segunda e terceira etapa dessa produção dos dados, vai além da utilização de palavras e elementos de uma língua, desde o momento em que o indivíduo inicia o seu projeto discursivo, faz do enunciado algo muito maior do que somente escolhas gramaticais, nele é acompanhado de entonação, ideologia, relações dialógicas, subjetividade e gestos que devem ser considerados (MACHADO, 2008).

Esta 4ª etapa foi cuidadosamente planejada e executada. Dado que a pesquisa foi conduzida em um setor com muitos leitos e com a presença constante de muitos profissionais e familiares, que não foram contemplados para participar da pesquisa, a cautela ao realizar as filmagens foi primordial.

Inicialmente, uma câmera acoplada a um tripé foi pensada, entretanto, essa abordagem se mostrou inviável, devido ao envolvimento de outros profissionais em toda rotina da unidade. Optou-se por usar uma câmera de celular para realizar as filmagens apenas quando houvesse o procedimento de PICC e admissão.

Este período de aproximação, observação, coleta de verbalizações e filmagens, iniciou em dezembro e finalizou em abril, com encontros com duração de 4 horas no período da manhã e/ou a tarde, 02 vezes por semana, as filmagens não ultrapassaram 02 horas, conforme o quadro 01.

Quadro 01 - Tempo de filmagem

Tarefa filmada	Tempo de filmagem	Período
Admissão - ENF 1	1h:10m	Março/23
Admissão - ENF 6	1h:40m	Março/23
PICC - ENF 7 e ENF 12	25 minutos	Abril/23
PICC - ENF 1 e ENF 10	22 minutos	Abril/23

Fonte: Elaborado pela autora

Vale ressaltar que as filmagens foram feitas com a intencionalidade de serem utilizadas apenas para as autoconfrontações. As imagens usadas na pesquisa foram utilizadas na tentativa de demonstração do gesto no procedimento de PICC, sem que os profissionais envolvidos e pacientes pudessem ser identificados.

As autoconfrontações ocorreram no mesmo dia da filmagem, pois alguns acontecimentos foram observados na Unidade pela pesquisadora e registrados, em caderno de campo, mas não foram capturadas pelas filmagens por envolver a participação de outros profissionais. As autoconfrontações tiveram uma duração de 30 a 40 minutos.

Quatro episódios foram apreendidos como unidades de análise e culminaram em dois períodos de autoconfrontação simples e dois períodos de autoconfrontação cruzada. A fim de se apresentar as análises e resultados, as autoconfrontações foram denominadas da seguinte forma, conforme o quadro:

Quadro 02 - Abreviaturas para as autoconfrontações

Procedimento realizado	Abreviatura	Duração
Autoconfrontação Simples (ACS) - Admissão - Enf 1	ACS1	30 minutos
Autoconfrontação Simples (ACS) - Admissão – Enf 6	ACS2	40 minutos
Autoconfrontação Cruzada (ACC) - PICC - Enf 7 e Enf 12	ACC1	30 minutos
Autoconfrontação Cruzada (ACC) - PICC - Enf 1 e Enf 10	ACC2	37 minutos

Fonte: Elaborado pela autora

As quatro autoconfrontações foram realizadas no mesmo dia do episódio, logo após o ocorrido e seleção das imagens. Os trechos da atividade do profissional foram selecionados, exibidos/apresentados e orientaram o diálogo sobre o trabalho. Vale ressaltar que as imagens foram assistidas e discutidas, no caso da ACS, apenas pelos pesquisadores e o participante e, no caso da ACC, pelas duas enfermeiras envolvidas e os pesquisadores. Após as profissionais se assistirem no desenvolvimento da atividade, o diálogo se iniciava com o comando: diga-me o que você está fazendo! A partir daí as questões fluíram de acordo com o que a enfermeira tinha ou queria expor e com base em questões pertinentes, visualizadas durante todo o processo de observação no campo pelos pesquisadores.

Após as gravações das autoconfrontações, a produção dos dados foi encerrada. As gravações foram transcritas com ajuda do software de transcrição online *Transkriptor* e os dados, selecionados pela pesquisadora, foram trabalhados segundo o que está estabelecido nas normas do projeto NURC/SP, constantes em Pretti (1999, p. 11-12), conforme o quadro abaixo.

Quadro 03 – Normas para transcrição

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	Do níves de rensa () nível de renda nominal
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	e coméle reinicia
Entoação enfática	maiúsculas	porque as pessoas reTÊM moeda
Alongamento de vogal ou consoante (como s, r)	:: podendo aumentar para ::: ou mais	ao emprestarem os... éh:::: ... o dinheiro
Interrogação	?	e o Banco... Central... certo?
Qualquer pausa	...	são três motivos... ou três razões... que fazem com que se retenha moeda... existe uma... retenção
Comentários descritivos do transcritor	((minúsculas))	((tossiu))
Indicação de que a fala foi retomada ou interrompida em determinado ponto.	(...)	(...) nós vimos que existem...

Fonte: adaptado de Pretti (2009)

2.5 Análise dos dados

Para a análise das verbalizações individuais dos participantes, foi utilizada a Análise de Conteúdo como ferramenta para exploração dos dados obtidos. Tal método foi escolhido por possibilitar à pesquisadora o entendimento das representações que os trabalhadores apresentam em relação a sua realidade e a interpretação que fazem dos significados à sua volta (BARDIN, 2016). A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações e propõe obter a essência dos relatos por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das verbalizações, caracteriza-se como uma técnica que objetiva superar o senso comum e o subjetivismo da interpretação para atingir uma análise crítica diante de textos, biografias, observação ou entrevistas (MINAYO, 2014).

Visa transcender as incertezas e reforçar os dados obtidos com a intenção de inferir sobre os conhecimentos relativos às condições analisadas, procura compreender os sujeitos e/ou o ambiente em que ele está inserido em um determinado momento, considerando a individualidade de cada um, buscando aquilo que está por trás das palavras e outras realidades por meio da mensagem transmitida pela fala (BARDIN, 2016).

Considerando a proposta da pesquisa, esta técnica permitiu alcançar a complexidade e os significados da fala e dos gestos dos participantes de forma coerente, seguindo-se três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

2.6 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou todas as normas e os princípios éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na forma da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e pelo Código de Ética de Enfermagem. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP/UFMG) via Plataforma Brasil, conforme Apêndice C, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), de número: 58318822.7.0000.5149.

A participação na pesquisa foi voluntária, o sigilo das informações e da identidade de todos os envolvidos no estudo foram garantidos, além de se ter preservado o anonimato e confidencialidade dos assuntos tratados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), contendo informações sobre a pesquisa.

2.7 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está organizada em 9 capítulos: inicia-se pela introdução no capítulo 1, pelo percurso metodológico, no 2 e pela relação histórica do homem e o trabalho, no capítulo 3, discorrendo sobre a evolução do trabalho, a partir da idade média até a consolidação do capitalismo e o início das formas de controle sobre a força de trabalho: taylorismo, fordismo e

toyotismo. Neste capítulo é abordado as relações do setor de serviço, algumas especificidades, com destaque para as questões que se colocam à saúde.

O capítulo de número 4, trata sobre o trabalho na área da saúde de uma forma geral, sobre os níveis de atenção à saúde, com ênfase para o nível em que o hospital se enquadra. São abordadas as questões sobre a produção em saúde, o ponto de encontro entre o trabalhador e paciente e sobre o cuidado com o centro do trabalho dos profissionais de saúde. Neste capítulo aborda-se a especificidade do trabalho em Unidade Neonatal, as inovações tecnológicas do setor que contribuíram para os avanços no cuidado neonatal, com enfoque para o complexo trabalho realizado pelas enfermeiras que atuam no setor.

No capítulo de número 5, são apresentadas as origens da abordagem ergológica, assim como seu foco de estudo, apresentando as fontes de inspiração para o desenvolvimento dessa abordagem. Neste capítulo são apresentadas as noções discutidas pela abordagem ergológica, tais como normas antecedentes; debate de normas; renormatização; atividade humana de trabalho; dramáticas de uso de si; corpo-si e saberes investidos.

Os resultados da pesquisa são apresentados nos capítulos de número 6 e 7. No capítulo 6 é abordado o perfil da profissional enfermeira que trabalha na UN onde a pesquisa foi realizada, a partir do preenchimento de um questionário que foi dividido em quatro grupos para melhor entendimento das questões apresentadas. No capítulo 7 são discutidos os dados produzidos durante a autoconfrontação. As análises foram produzidas com base em seis categorias definidas a partir dos dados em diálogo com o referencial teórico da abordagem ergológica.

A pesquisa permite concluir, no capítulo 8, que a atuação das enfermeiras transcende o simples cumprimento de normas. A experiência acumulada ao longo dos anos de prática clínica, aliada ao aprimoramento das habilidades técnicas e ao conhecimento científico, confere a esses profissionais um vasto repertório de saberes investidos que não devem ser negligenciados. As enfermeiras, analisadas nesta pesquisa, foram capazes de agregar valor à assistência, ofereceram cuidados individualizados e promoveram a humanização nos ambientes de trabalho.

No capítulo 9 é apresentado o produto da dissertação cujo intuito foi contribuir no aprimoramento da atuação das enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no que tange ao procedimento de Inserção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em recém-nascidos prematuros.

3 O HOMEM, O TRABALHO E AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO CONTEMPORÂNEO

Ao longo do tempo, o trabalho passou por transformações consideráveis no que diz respeito às suas formas e concepções, trazendo consequências para a relação homem/trabalho. O conceito de trabalho evoluiu conforme o contexto histórico e econômico, a partir dos avanços científicos e processos tecnológicos. Conceituar o trabalho se faz necessário pois o conceito veicula consigo valores, sendo um instrumento a serviço não apenas do conhecimento, mas da vida (DURRIVE, 2011). Marx foi um dos principais autores a discutir a temática e conceituar o trabalho como a capacidade que o homem possui de transformar a natureza para atender às suas necessidades (MARX, 1983) e, ao mesmo tempo, ser transformado pela natureza.

Nas palavras do autor,

o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 1983, p.149).

O trabalho para Kosik (1986),

não se reduz à 'atividade laborativa ou emprego,' mas à produção de todas as dimensões da vida humana. Na sua dimensão mais crucial, o trabalho aparece como atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza. Concomitantemente, porém, responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva. Trata-se de necessidades, que, por serem históricas, assumem especificidades no tempo e no espaço (KOSIK, 1986, p.180).

Há que se considerar ainda que, para Saviani (1994),

à medida em que determinado ser natural se destaca da natureza e é obrigado, para existir, a produzir sua própria vida é que ele se constitui propriamente enquanto homem. Em outros termos, diferentemente dos animais, que se adaptam à natureza, os homens têm que fazer o contrário: eles adaptam a natureza a si. O ato de agir sobre a natureza, adaptando-a às necessidades humanas, é o que conhecemos pelo nome de trabalho. Por isto podemos dizer que o trabalho define a essência humana. Portanto, o homem, para continuar existindo, precisa estar continuamente produzindo sua

própria existência através do trabalho. Isto faz com que a vida do homem seja determinada pelo modo como ele produz sua existência (SAVIANI, 1994, p. 152).

Sob a perspectiva dos três autores, permite-se demonstrar que o trabalho humano se constitui em um princípio formativo ou educativo, pois todos os seres humanos são seres da natureza e, portanto, têm as suas necessidades. O trabalho humano não se separa da esfera da necessidade, *“ao mesmo tempo a supera e cria nela os reais pressupostos da liberdade (...) A relação entre necessidade e liberdade é uma relação historicamente condicionada e variável”* (KOSIK, 1986, p. 188). Percebe-se, a partir daí, a centralidade do trabalho como práxis que possibilita criar e recriar, formar e transformar o mundo da arte, da cultura, das linguagem e símbolos, o mundo humano como resposta às diversas e históricas necessidades. Neste sentido, o trabalho produz os bens de que o homem necessita para viver, aperfeiçoa a si mesmo (o ser humano), gera conhecimentos, padrões culturais, cria relações com os demais homens e constitui a vida social (FRIGOTTO, 2009; TEODORO; SANTOS, 2011).

Schwartz (2011) considera a origem do trabalho, a partir da fabricação das primeiras ferramentas pelo *homo habilis*, cerca de 2,5 milhões de anos atrás. Encontra-se relatos ainda, da origem das reflexões acerca do trabalho na Grécia Antiga, em obras poéticas, por volta de 700 a. C., como uma forma de vida moral e de experiência religiosa. A partir do século VI, com o nascimento da Filosofia e o advento da Polis, a vida social e as relações entre os homens tomam uma forma nova, a agricultura e a condição de artesão passam então a ser situada no mesmo plano que os outros ofícios sofrendo uma depreciação com perda da dignidade particular e se insere na categoria das ocupações servis que só exigem um gasto de energia física (RUMMERT, 2007; SAVIANI, 1994).

No século XVII, período em que a sociedade mercantilista já está desenvolvida, surge a burguesia, momento em que se percebe a modificação do sentido do trabalho que, até então, era negativa, sendo considerado uma atividade inferior e sem valor algum, destinado aos escravos. Com o surgimento da burguesia, há o início da valorização do trabalho e da crítica à vida ociosa. A prática do trabalho se consolida na sociedade, a partir dos avanços científicos ocorridos no século XVII, da passagem do feudalismo ao capitalismo e das mudanças sócio-históricas daí advindas (CAVALCANTE, 1996; TORRES, 1994).

A 1ª Revolução Industrial, já no século XVIII, se tornou um grande ponto de referência na história do trabalho, um processo de industrialização, com a introdução de um modelo de

trabalho mecanizado, marcado pela migração das pessoas do campo para a cidade, pela mudança do trabalho artesanal para o industrial, que implicou em alguns fenômenos, em especial, a alienação no trabalho. Inspirado no Taylorismo, este modelo de gestão do trabalho e das organizações propõe a racionalização do trabalho, com supervisão e controle total do trabalhador que, necessariamente, deve seguir as regras estabelecidas por aqueles que administram e concebem suas tarefas, assegurando a eliminação dos tempos ociosos e elevando a produtividade (ARAÚJO; SANTOS; LIMA JÚNIOR, 2022; TESSARINI JUNIOR; SALTORATO; ROSA, 2022).

A IIª Revolução Industrial, início do século XX, intensificou as mudanças na vida social, política, cultural e, principalmente, econômica das sociedades. Com a introdução das máquinas definitivamente em todos os setores da economia, o trabalho humano foi substituído e/ou intensificou-se. A instalação de grandes empresas, inclusive as petrolíferas, passaram a monopolizar os setores industriais e de mercado, transformando drasticamente a forma de produzir e de organizar o trabalho (ARAÚJO; SANTOS; LIMA JÚNIOR, 2022; TORRES, 1994).

A IIIª Revolução Industrial, chamada também de Revolução Técnico Científica, correspondente ao período após a Segunda Guerra Mundial, em meados do século XX, acrescentou o conhecimento técnico-científico na produção, caracterizada pela maior concentração dos trabalhadores no setor terciário e declínio dos modelos de vida centrados na grande indústria com a introdução de máquinas acopladas a computadores e introduzidas na vida do homem com o passar dos anos (SANTOS, 2001; TESSARINI JUNIOR; SALTORATO; ROSA, 2022).

A flexibilidade e a inovação tornaram-se indispensáveis para o funcionamento das empresas, bem como a utilização cada vez menor de mão de obra com elevada taxa de desemprego, perdas salariais, flexibilização dos direitos trabalhistas, alienação do trabalhador frente as características do trabalho, elevada exploração, fragmentação e rotatividade da força de trabalho e, assim, a terceirização e/ou subcontratação dos serviços (CAVALCANTE, 1996; SANTOS, 2001; TORRES, 1994).

As mudanças nas estruturas dos modelos de gestão trabalhistas e das organizações constituem um dos problemas centrais do desenvolvimento social e econômico na atualidade. Os avanços tecnológicos vêm permitindo uma velocidade cada vez maior na transmissão e circulação das

informações e comercialização de tecnologias pelo mundo, resultando na intensificação da globalização e o conseqüente aumento da competitividade.

O processo de reestruturação do mundo produtivo e o neoliberalismo, resultou em um processo de precarização e deterioração das relações laborais, exigindo trabalhadores ágeis, que consigam adaptar-se às atuais exigências do mercado, abertos a mudanças em curto prazo, que assumam riscos continuamente e que dependam cada vez menos de burocracias, leis e procedimentos formais (SANTOS, 2001; MACIEL; MEDEIROS, 2023). Esta precarização do trabalho está intrinsecamente ligada à terceirização e tem adquirido importância neste processo de reestruturação do trabalho, sendo aplicada em escala considerável na economia mundial.

De acordo com o exposto, a terceirização tem gerado aos trabalhadores formas enfraquecidas de emprego com condições instáveis e fragmentadas de trabalho (DRUCK; DUTRA; SILVA, 2019; MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016; SANTOS, 2001), resultando em salários menores, alta rotatividade, negação de conquistas sociais do trabalhador, generalização dos contratos temporários e abrandamento da legislação trabalhista e de proteção social, implantação do salário relacionado ao desempenho, ausência de benefícios, com diversos sistemas de prêmios motivando a individualização, permanente insatisfação, com impacto direto na qualidade de vida do trabalhador, que serão abordados posteriormente.

3.1 A complexidade e a especificidade do trabalho no setor de serviços

O setor de serviços pode ser caracterizado pelos conjuntos de ações cuja produção existe somente durante o processo produtivo, ou seja, é oferecido à venda na forma de benefícios que não é mensurável em unidades físicas, sendo considerado intangível, intransferível, não estocável, no qual envolve contato direto entre o prestador de serviço e o cliente, face-a-face prestador/beneficiário.

Na relação de serviços, o beneficiário é o cerne do dispositivo produtivo, sobre um plano temporal e espacial, diferentemente das atividades industriais em que o cliente está à margem do processo produtivo limitada a uma atividade informativa (DU TRERTE, 2005, MENDES, 2014).

A forte expansão do setor de serviços, a partir da Segunda Guerra Mundial, refletiu em mudanças marcantes nas demandas do mundo do trabalho, reunindo uma maior concentração de trabalhadores desempregados, provenientes das atividades industriais e agrícolas, devido ao declínio dos modelos de vida centrados na grande indústria e, assim, reestruturação produtiva (ZARIFIAN, 2001).

As novas tecnologias, principalmente as ligadas à informação, reengenharias e microeletrônica, permitiram o aumento da produtividade e eficiência operacional, resultando em eliminação de postos de trabalho e ampliação da lucratividade dos prestadores de serviços. Isso passou a exigir dos trabalhadores e das empresas maiores investimentos imateriais, como: trabalho de pesquisa/desenvolvimento e de inovação, de comunicação e de informação, de profissionalização dos trabalhadores (TESSARINI JUNIOR; SALTORATO; ROSA, 2022).

As transformações são tanto para os prestadores, dos quais são exigidas novas competências para atender às novas demandas, quanto para o beneficiário/cliente que cada vez mais assume um papel de co-participação na atividade, avaliando e cobrando mais qualidade dos serviços que lhe é prestado, consciente de seus direitos.

Os efeitos da introdução da microeletrônica e da reestruturação no setor de serviços são, portanto, ambíguos, pois ao mesmo tempo em que permitiram o surgimento de novas atividades, gerando novas ocupações e postos de trabalho com alto nível de qualificação e conhecimento, como no caso dos serviços da informação e de informática (softwares), inclusive comercializadas mundialmente, também geraram efeitos relacionados ao aumento da produtividade, eliminação de postos de trabalho e precarização das relações trabalhistas, reduzindo a importância dos serviços como fonte de empregos (RUBERTI; GELINSKI; GUIMARAES, 2004, p.11).

Dessa forma, o setor de serviço incorpora-se ao processo de acumulação capitalista com particularidades e especificidades no que diz respeito à organização, processo de trabalho e nas formas de regulamentação da força de trabalho.

Zarifian (2001) relata, ainda, que a partir do século XXI, houve um estreitamento na relação entre o setor industrial e o de serviços para atender os interesses da acumulação e do mercado. O setor industrial descobre e incorpora a noção de serviço e o setor dos serviços industrializa seus modos de funcionamento e incorpora uma lógica racionalizadora com um papel estratégico nos processos de distribuição, circulação e consumo de mercadorias. A produtividade e a exploração do trabalho são maximizadas, ou seja, produz-se mais e melhor, em um tempo mais restrito, com potencializador da lucratividade do capital.

O cenário se aprofunda na medida em que o capital avança sobre os direitos trabalhistas como medida permanente de reduzir os custos com a força de trabalho. Houve uma expansão do setor de serviços, sem aumento da força de trabalho que, muitas vezes, já é precária e desprotegida. A grande questão do setor de serviço é que apesar da modernização e reestruturação produtiva, a tecnologia não substitui o trabalho humano da mesma forma como se faz na indústria, especialmente na área da saúde. A intensificação do trabalho induz à fragmentação do trabalho assistencial e a um distanciamento da totalidade complexa do cuidado que é a característica central da saúde (CALVO *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2022).

4 UM OLHAR SOBRE O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

O trabalho em saúde está inserido no setor de serviços e, apesar de ter características específicas, tem como os outros setores da economia, ao longo da história, particularidades a fim de se adaptar aos avanços científicos e aos processos tecnológicos. Pires (2000), afirma que para estudar o trabalho em saúde,

é necessário considerar o contexto atual de um mundo organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, em intenso processo de internacionalização da economia, fortemente dependente do mercado financeiro, vivendo um intenso processo de reestruturação do modelo de produção e sob a ofensiva da política do Estado neoliberal (PIRES, 2000, p.251).

Nesta perspectiva, as mudanças que ocorrem nos setores mais dinâmicos da economia têm grande influência no setor da saúde. O sistema de saúde no Brasil é fragmentado, descentralizado e organizado por níveis de atenção para promover um melhor atendimento à população (BRASIL, 2010). Cada nível de atenção à saúde corresponde a um determinado conjunto de serviços assistenciais.

O nível primário corresponde ao serviço realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde. Nas UBS são realizadas consultas de rotina com equipes multiprofissionais e profissionais com a formação mais ampla, especializados em saúde da família, que trabalham para garantir atenção integral à saúde no território. Nesta Unidades é possível marcar consultas e realizar exames (hemograma, citopatológico) e procedimentos básicos, como curativos, além de algumas ações serem

realizadas em espaços da comunidade (como centros comunitários e escolas) e visitas domiciliares. Pode-se entender este nível como a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2022).

No nível secundário estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade. Nesses estabelecimentos são realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas, podendo ainda ser realizados exames de endoscopias e ecocardiogramas. Os equipamentos presentes no nível secundário são mais sofisticados que os do nível primário. Este nível conta com médicos de áreas especializadas, como cardiologia, endocrinologia, ortopedia, psiquiatria e oftalmologia (BRASIL, 2022).

No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais gerais de grande porte ou alta complexidade. Nestes estabelecimentos são realizados os procedimentos mais invasivos, no qual a vida do usuário do serviço está em risco, com uso de equipamentos de alta tecnologia (ressonância magnética, tomógrafos e hemodinâmicas). Neste nível de atenção à saúde, estão disponíveis leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos com a realização de procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Exige-se uma formação mais extensiva, tanto dos profissionais médicos, como a Neurocirurgia e a Nefrologia Pediátrica, quanto dos profissionais das diversas áreas como enfermeiros e fisioterapeutas intensivistas (BRASIL, 2022).

Ainda, no contexto da saúde brasileira, uma mudança na situação de saúde foi observada, caracterizada por uma transição demográfica acelerada e uma carga tripla de doenças. Essa carga inclui uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismos, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas (OLIVEIRA, 2017).

Essas complexas situações de saúde não poderiam ser respondidas, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde, fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Com isso, foi necessário restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS),

o que implica na implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (OLIVEIRA, 2017; TOFANI *et al.*, 2022).

De acordo com Oliveira (2017), as RAS são estratégias de organização do sistema de saúde que visam integrar os diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a atenção especializada e hospitalar, com o objetivo de garantir uma abordagem integral e contínua do cuidado. Essas redes têm como princípio a coordenação do cuidado, a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e a participação ativa do usuário no processo de decisão. A implementação das RAS requer a articulação entre os diferentes serviços e profissionais de saúde, a definição de fluxos de encaminhamento e a adoção de protocolos clínicos compartilhados.

Segundo Lopez (2018), o setor saúde é estrutural e historicamente feminino. As mulheres, ocupam a maioria dos cargos relacionados a áreas ligadas à assistência, vinculadas principalmente ao cuidado primário e associadas, historicamente, ao serviço doméstico, à reprodução e ao cuidado da família. Majoritariamente feminina, a atuação das mulheres na saúde está relacionada a cargos de assistentes sociais (93%), agentes comunitários de saúde (77,8%), enfermeiros (85,2%), técnicos de enfermagem (85,3%) e auxiliar de enfermagem (85,9%). A exceção está relacionada apenas à categoria dos médicos, em que 47,7% são mulheres e 52,5%, homens (LOPEZ, 2018).

Para Kergoat (2016), trata-se de nichos geralmente ocupados por mulheres, nos quais a concorrência ocorre entre elas. O trabalho do 'care' revela e reitera a centralidade do trabalho feminino para a reprodução social. Firma-se como um lugar onde se experimenta o agenciamento das mulheres desfavorecidas que encontram no trabalho do cuidado oportunidades de autonomia econômica e consequente emancipação. A inseparabilidade entre os trabalhos considerados produtivos e os trabalhos domésticos e de cuidados, estruturam a problemática da divisão sexual do trabalho, a invisibilidade e desvalorização desse trabalho levam à exploração e precarização das mulheres, o que perpetua as desigualdades de gênero (KERGOAT, 2016; BIANCA *et al.*, 2020).

O cuidado é uma característica do trabalho em saúde, essencial à vida humana, ocorre por meio das relações preventivas e terapêuticas, individuais e coletivas, que envolve a articulação de diversas categorias profissionais, tais como gestores, trabalhadores e usuários, tendo como objeto central o ser humano e o processo saúde/doença. Diferencia-se dos demais setores,

principalmente no que diz respeito às complexas relações interpessoais e subjetivas que envolvem os trabalhadores, os pacientes e familiares (FRANCO; MERHY, 2013; MENDES, 2014).

Exercer um trabalho de cuidado ou pensar o cuidado remete a operações complexas. Complexas em função das diferentes disciplinas que é necessário mobilizar para abordar esse objeto; complexas porque se trata de “algo” difícil de compreender e identificar com as ferramentas de que os sociólogos dispõem (KERGOAT *et al.*, 2016, p.18).

O setor da saúde, segundo Pires (2008, p. 159), "*é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização*", sendo considerado uma rede que entrelaça saberes, fazeres e linhas de cuidado com objetivo de oferecer saúde e bem-estar à um sujeito totalmente complexo em sua subjetividade. Assim, Merhy e Franco (1997) afirmam que a produção do cuidado envolve o indivíduo ou grupos, doentes, sadios ou expostos a riscos; que carregam em si intencionalidades e são impulsionados por suas subjetividades que conduzirá suas ações e as relações produzidas no ato do cuidado.

Nesta lógica, Merhy (2013) relata que o trabalhador,

coloca-se no lugar de quem vai cuidar, com um conjunto de saberes e técnicas, sendo o efetivo promotor de que com isso vai resolver o problema do outro; o usuário coloca-se no lugar do objeto da ação do outro, porém supõe que isso vai dar conta de sua demanda, que no fundo carrega o pedido de ver garantido a recuperação do “seu modo de caminhar a vida”, dentro do que deseja e representa como tal (MERHY, 2013, p.142).

É nesse lugar de encontro de atores sociais que se caracteriza o centro do campo da saúde. Estabelece-se, assim, entre eles um espaço intercessor, que sempre existirá em seus encontros, no qual um intervém sobre o outro, o agente produtor com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos e tecnologias), com o agente consumidor tornando-o, parcialmente, objeto da ação do agente produtor, que também, vivo em ato, expressa suas intencionalidades, conhecimentos e representações, manifestado como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde singulares constituídas em um campo macro e micropolítico que atravessam o trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Nesse encontro entre profissional e usuário, o profissional de saúde utiliza três caixas de "ferramentas tecnológicas" para agir nesse processo de intercessão (FEUERWERKER, 2014).

A primeira caixa de ferramenta é a que permite manusear estetoscópio, endoscópio, exames laboratoriais e de imagens, chamado de tecnologias duras, ou seja, ligado às estruturas organizacionais, às normas, equipamentos e máquinas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas, equipamentos, regulamentos, protocolos) e o trabalho vivo de quem os opera (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2014).

A segunda caixa de ferramenta permite processar o olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário, como objeto de sua intervenção. O olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica (de cada profissão), a epidemiologia (ambas trabalho morto, pois são produzidas anteriormente), mas no momento concreto de agir do trabalhador, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (imprevisto e singular), onde há uma mediação imposta - pela incerteza e pela situação específica. As tecnologias operantes nesse território correspondem à tecnologia leve-dura (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2014).

A terceira caixa de ferramenta é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador - usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos e a confiança. Possibilita captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do trabalhador da saúde. É nesse território, chamado de tecnologia leve, que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador - usuário adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do profissional nesse momento, no qual o usuário tem maiores possibilidades de atuar, interagir, imprimir a sua marca e também de afetar (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2014).

É essa dimensão tecnológica do trabalho que permite o profissional responder às especificidades de cada situação, reinterpretar a ciência e articular o social concreto nas possibilidades científicas. Em hospitais de alta complexidade observa-se um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2014). Dependendo da forma como se combinam essas três caixas de ferramentas, configuram-se distintos modos de atenção à saúde, elas devem estar integradas a fim de proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários.

Além disso, Merhy (2014) relata que o trabalho em saúde é sempre coletivo e não é plenamente estruturado, sendo as tecnologias de ação mais importantes em relação às relacionadas a esses processos de intervenção/cuidado, por meio de encontros, de subjetividades, que vão além dos saberes tecnológicos estruturados, com um grau importante de liberdade de escolha no modo de operacionalizá-lo.

A produção de saúde, a partir da implementação das RAS, então, evoca a plena autonomia dos/as usuário/as. São apostas feitas nas “tecnologias leves” (MERHY, 2014), produzindo um rizoma de cuidado, oxigenando os saberes, ampliando o cuidado como produção do próprio usuário, família e território em que vivem.

O rizoma corresponde a uma rede móvel de caules, fluxos, redemoinhos e turbulências, de limites internos e externos difusos, em que se pode entrar e sair de qualquer ponto, que pode ser percorrida em diversas direções (...). Nele cada ponto conecta-se com outro. Ele é feito de direções flutuantes, sem início nem fim, mas apenas o meio onde cresce e transborda, sem remeter a uma unidade (DELEUZE; GUATTARI, 1995, 16).

O apoio em rede social desterritorializa os lugares previamente atribuídos, de forma rizomática, radicaliza a horizontalidade de um dispositivo como a RAS, na medida em que qualquer um pode se alternar na posição, às vezes sem ser um conhecedor do apoio institucional ou matricial como um conceito (SOUZA; MARTINS, 2021).

4.1 O processo de trabalho no contexto hospitalar

O hospital é considerado um território destinado ao tratamento e cura por meio de práticas interdisciplinares e intersetoriais, mas também está influenciado à lógica da acumulação de capital, ao incremento tecnológico e às formas de organização do trabalho utilizadas na indústria (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Os hospitais de média e alta complexidade fazem parte da rede de serviços de saúde e tem como característica ofertar à população uma completa assistência, preventiva e curativa, com funcionamento 24 horas por dia, 365 dias no ano, podendo constituir em um centro de pesquisas e de formação de profissionais de saúde. A sua complexidade e peculiaridade será proporcional aos serviços prestados, urgências e procedimentos realizados (exames, consultas, cirurgias,

tratamentos), recursos disponíveis e permanência/rotatividade do paciente no serviço (CARAPINHEIRO, 1998; MENDES, 2014).

O ambiente hospitalar, como território, é permeado pela divisão sócio técnica do trabalho, e se configura como um espaço ou território repleto de elementos que o caracteriza. Estes elementos possuem uma base de surgimento histórica, desenvolvidos para aprimorar os cuidados de saúde e promover a eficiência dos serviços prestados., sendo estes: a arte de distribuição espacial dos indivíduos (desenvolvidos para aprimorar os cuidados de saúde e promover a eficiência dos serviços prestados); a disciplina exercendo seu controle (se manifesta através de normas, protocolos e práticas que garantem a ordem, a higiene e a segurança do espaço.); uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos através da disciplina (através da disciplina e de tecnologias médicas avançadas, é possível monitorar o estado de saúde dos indivíduos de forma perpétua e constante) e um registro contínuo das atividades (prontuários eletrônicos e outros sistemas de registro permitem o acompanhamento de diagnósticos, tratamentos, medicações e evolução do quadro clínico ao longo do tempo) (SILVA *et al.*, 2019).

Para além dos aspectos sobre o uso do território, o que nos interessa nesta pesquisa é a análise do hospital como território de organização complexa, permeado por múltiplos interesses, carregado de intencionalidades e que desempenha um papel crítico na prestação de serviços de saúde, assim como na construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social.

O termo território é utilizado nos mais distintos campos de conhecimento: sociologia, saúde pública, política, planejamento. Dessas multifaces, emergem concepções e usos que imprimem ao termo sentido polissêmico. No campo da saúde, o hospital se encaixa no conceito território, porque forma um conjunto espacial, institucional e arquitetônico, delimitado por meio de fronteiras (limites) demarcadas pelo homem (COLUSSI; PEREIRA, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

O território é compreendido como um espaço definido e delimitado por e a partir do poder. Quando esse mesmo espaço abriga várias relações de poder denomina-se de territorialidades e, a coexistência, em uma área, de diversas territorialidades pode ser considerado vários territórios (GONDIM; MONKEN, 2017).

No território, as relações de poder se estabelecem por meio de trocas, de diálogos, de negociações, pactuações ou de conflitos entre diferentes pessoas e grupos que, em determinado momento, buscam implementar projetos ou intervenções em benefício da população.

Como essência das relações sociais, poder é, portanto, central para o entendimento de território, principalmente para estabelecer relações, definir códigos, signos e normas necessários à sociedade afim de organizar, reproduzir e assegurar a vida às gerações futuras. Ao produzir e apropriar-se do território, a sociedade cria regras – formais e informais – de uso e de poder para o controle e a convivência social. As regras sociais formais (leis) são definidas pelo Estado, estão escritas e, mesmo que todos não as conheçam, estão sujeitos a elas. As informais não estão escritas, em geral são reconhecidas e, quando aceitas, são seguidas pelo coletivo, como modos de viver. As regras (leis e modos de viver) são códigos, valores que têm significados, permeiam o cotidiano, afetam condutas criando, inclusive culturas e comportamentos sociais (GONDIM; MONKEN, 2017, p. 28).

Segundo Gondim e Monkei (2017), territorializar é ato de estar-fazer-fixar no território. A territorialização, nesse contexto, consiste no processo de reconhecer o território vivo com vistas à organização do processo de trabalho e representa um importante instrumento para a organização das práticas de saúde, pois as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial com delimitação espacial previamente determinada (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

As pessoas estão constantemente em processo de territorialização, na busca de demarcar territórios que lhes permitam construir identidade, regras e vínculos. Quando a pessoa se estabelece em determinado lugar, ela traz consigo história, hábitos, costumes, pertences, projetos, desejos e dúvidas ao mesmo tempo em que se depara com elementos semelhantes e diversos que, em interação, contribuem de forma positiva ou negativa para o processo de territorialização (GONDIM; MONKEN, 2017).

Assim, os profissionais de saúde vão vivendo a territorialização, desterritorialização e reterritorialização no interior dos serviços de saúde, nas relações entre si, nas relações trabalhadores/usuários, trabalhadores e gestão tencionando-se ante as distintas intencionalidades, ou seja, organizando o trabalho, produzindo o cuidado, cuidando de si, do outro, relacionando-se com a família, com o mundo (FERREIRA; PENTEADO; SILVA JÚNIOR, 2013, p. 809).

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair do seu curso e se destruir. A desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona o território e a reterritorialização é o movimento de construção do território.

A desterritorialização e a reterritorialização são processos indissociáveis. Se há um movimento de desterritorialização, teremos também um movimento de reterritorialização. A vida social precisa de territórios para existir (leis, instituições, arquiteturas), mas o vitalismo só existe a

partir de tensões desterritorializantes que impulsionam e reorganizam esses territórios (COLUSSI; PEREIRA, 2016; GONDIM; MONKEN, 2017).

O ser humano está imerso em um constante movimento de desterritorialização, o que significa que os territórios originais se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a influência das crenças universais que ultrapassam os limites das tribos e etnias, e os avanços dos sistemas maquínicos, que aceleram o atravessamento das estratificações materiais e mentais (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

A reterritorialização consiste numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante. Dessa forma, criar um território é se apropriar, material e simbolicamente, das diversas dimensões da vida. É uma forma de buscar estabilidade e continuidade em meio às mudanças e desafios trazidos pelas forças desterritorializantes. Nesse contexto, a reterritorialização se apresenta como um esforço para dar forma e significado a novas configurações territoriais que surgem em resposta às transformações da sociedade e das relações humanas (FERREIRA; PENTEADO; SILVA JÚNIOR, 2013).

O foco do processo de trabalho em saúde é o paciente e a produção de saúde. O cuidado, centro do trabalho dos profissionais de saúde, se concretiza de forma multidisciplinar, no qual, pequenos cuidados parciais vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada entre os vários atores que circulam e produzem a vida do hospital. O cuidado em saúde vai se compondo nesta "*complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa*" (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2).

Nesse processo, as profissões de medicina e enfermagem são predominantes e têm hoje, no hospital, um espaço legitimizador privilegiado. É também no hospital que se manifesta de forma mais clara a hierarquia das profissões de saúde.

Cabe ressaltar a centralidade do trabalho médico, em um ambiente hospitalar, no qual sua prática é o núcleo, do qual derivam os outros trabalhos. Os demais profissionais participam da assistência, subordinando-se às decisões médicas, cada qual com certa autonomia de avaliação e tomada de decisão (PIRES, 2000). A enfermagem é a maior categoria profissional nos hospitais, prevalecendo o trabalho feminino na linha de frente e no cuidado direto ao paciente em todo o processo terapêutico.

Apesar dos avanços tecnológicos, os trabalhadores da área de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem, não são liberados do trabalho manual, como o de puncionar uma veia, trocar uma fralda, realizar um curativo, oferecer dieta, realizar uma hemotransfusão, dentre outros. Este trabalho de cuidar muitas vezes não é perceptível porque não resulta em produto e, sim, em serviço. O resultado do cuidado é no corpo de outra pessoa e as respostas dependerão de cada um em particular e de tempo para ser visualizado.

As mudanças ocorridas, principalmente, na metade do século XX, as transições demográfica e epidemiológica, os investimentos e necessidade de desenvolvimento científico e tecnológico, mudaram o perfil das necessidades de saúde e das demandas hospitalares com aumento considerável nos custos da assistência médica. (OLIVEIRA, 2017; PIRES, 2000).

A partir de então, modificou-se o comportamento dos usuários dos serviços de saúde, que anteriormente solicitavam atendimento por misericórdia. Hoje, a assistência é para clientes, cidadãos com plenos direitos à saúde e com efetiva convicção de seus direitos. Com isso, a exigência de serviços e de qualidade aumentou, obrigando os hospitais a buscar a eficiência de seus processos, cada vez mais sofisticados, além de tratamentos de ponta e hotelaria de primeira (OPAS, 2004).

4.2 A especificidade do trabalho na Unidade Neonatal

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em todo o mundo, nascem anualmente cerca de 30 milhões de bebês prematuros, com baixo peso ou adoecem logo nos primeiros dias de vida (WHO, 2018).

No Brasil, aproximadamente 10% dos nascimentos são prematuros. São considerados recém-nascidos prematuros ou pré-terms, os bebês que nascem antes de completar 37 semanas de gestação, baixo peso, aqueles que nascem com menos de 2500g e extremo baixo peso, aqueles recém-nascidos com peso inferior a 1000g (OLIVEIRA *et al.*, 2017; BRASIL 2022).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os principais fatores relacionados à mortalidade infantil no Brasil (LANSKY, 2014). São considerados ainda indicadores de qualidade de vida, o nível de saúde e o grau de desenvolvimento de um país (GAÍVA, *et al.* 2018). Apesar do decréscimo na mortalidade infantil até 5 anos de idade nos últimos anos, a mortalidade no

período neonatal corresponde a maioria dos óbitos dos menores de 5 anos (GAÍVA, *et al.* 2018; LANSKY, 2014; SANTOS, *et al.* 2016). O período neonatal corresponde aos primeiros 28 dias de vida dos bebês e pode ser estendido para casos de recém-nascidos prematuros que nascem antes de completar 37 semanas de idade gestacional (SILVA; OLIVEIRA, 2023; GAÍVA, *et al.* 2018).

Segundo o relatório “*Survive and Thrive: Transforming Care for every small and sick newborn*” (WHO, 2018), em torno de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida, em 2017, a maioria por causas evitáveis. Cerca de 80% desses recém-nascidos tinham baixo peso ao nascer e, em torno de 65%, eram prematuros.

A assistência ao período neonatal tem como propósito cuidar do recém-nascido visando a cura ou controle de doenças do período neonatal, a garantia da alimentação oral, o ganho ponderal adequado no momento da alta e o preparo da família para receber este recém-nascido que necessita de cuidados especiais (SILVA; OLIVEIRA, 2023; SILVA *et al.*, 2017).

As tecnologias de imagem vêm permitindo o diagnóstico cada vez mais precoce, durante o acompanhamento do pré-natal, ainda na vida intra-uterina, de alterações no desenvolvimento/crescimento do bebê, malformações e ameaças de partos prematuros, permitindo detectar já neste período aqueles bebês com necessidade de acompanhamento intensivo, após o nascimento, para realizar procedimentos cirúrgicos e/ou receber cuidados especiais que só podem ser ministrados dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MOREIRA; BOMFIM; LIRENA, 2006; PONTES, *et al.*, 2020).

O acompanhamento deste período em uma unidade de terapia intensiva neonatal é essencial e, apesar da progressiva melhora na sobrevida de prematuros, a taxa de sequelas tem se mantido relativamente constante, indicando que o número absoluto de crianças com sequelas secundárias ao nascimento prematuro está crescendo (ARRUÉ, 2013).

A carga econômica associada ao nascimento de um prematuro é significativa, na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato (ARRUÉ *et al.*, 2013; OLIVEIRA, 2023; SILVA; GAÍVA, *et al.* 2018).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência

médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada. As UTI seguem critérios, estabelecidos em portaria, de classificação e funcionamento de acordo com o grupo etário a ser atendido ou serviço especializado: Unidade de Terapia Intensiva Adulto - UTI-a; Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UCO; Unidade de Terapia Intensiva Queimados UTI-q; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrico UTI-ped e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN (BRASIL, 2017).

As UTI apresentam um contexto de trabalho bastante diferente de outras unidades do hospital, são caracterizadas por serem um ambiente complexo, fechado, organizado, hostil, dinâmico, agitado, estressante, com um fluxo controlado de pessoas e situada em uma área geográfica estratégica do hospital que permita o fácil acesso a elevadores de serviço e de emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, unidade de emergência, unidades semi-intensivas, serviços de laboratório e radiologia (BACKES *et al.*, 2012; BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015; WEIL; TANG, 2011).

A UTI é considerada uma área específica, crítica, que exige atuação ininterrupta de uma equipe multiprofissional de diversas categorias com alta qualificação técnica e científica e diferentes saberes. Proporciona um monitoramento de funções vitais eficiente, medições laboratoriais de amplo espectro, desenvolvimento de tecnologias que permitem o controle de microrganismos multirresistentes, terapias respiratórias efetivas e um conjunto de dispositivos e técnicas capazes de proporcionar um cuidado sistematizado ao paciente crítico (WEIL; TANG, 2011).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), normalmente, localiza-se em uma maternidade com capacidade para atender mulheres com gestações de risco e conta com uma estrutura física diferente das outras UTI, por contar com tecnologia especializada, metodologia e filosofia de atendimento diferenciado, devido ao comportamento clínico, tamanho e maturidade do recém-nascido (MOREIRA; BOMFIM; LIRENA, 2006). Nessas unidades, os profissionais lidam constantemente com equipamentos, como bombas de infusão, monitores cardíacos, berços, incubadoras, ventiladores mecânicos, aparelho de fototerapia, entre outros.

Atualmente, a UTIN é considerada um dos setores de maior especialização do cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde (OLIVEIRA, 2006). A presença das máquinas, no dia-a-dia da terapia intensiva neonatal é hoje uma espécie de marco referencial, de forma que tem sido difícil pensar nessas unidades sem a presença desses equipamentos.

A internação em uma UTIN pode ocorrer por diversos motivos, sendo eles, mais ou menos graves, acarretando em períodos de internação e resultados diferentes. A internação dos bebês nas UTIN pode ocorrer, também, para acompanhamento do crescimento e treinamento para que eles assumam sozinhos a respiração, sucção e deglutição. O problema mais comum dessa clientela está relacionado à maturidade dos órgãos e sistemas, decorrente, acima de tudo, da idade gestacional, ou seja, quanto mais prematuro (menor número de semanas gestacionais) for o neonato, maiores serão os riscos que ele enfrentará na vida fora do útero (MOREIRA; BOMFIM; LIRENA, 2006; PONTES *et al.*, 2020).

A UTIN deve atender, então, à internação de bebês de 0 a 28 dias, porém, há casos em que o bebê prematuro de baixo peso ultrapassa os 28 dias de vida, mas continua internado na UTIN porque ainda necessita dos cuidados prestados especificamente nessa unidade.

O ambiente físico de uma UTIN é estressante para os bebês e suas famílias, com iluminação e barulhos peculiares do setor. Os equipamentos, os ruídos dos alarmes, as luzes piscando, o volume da aparelhagem e suas fiações ligadas aos bebês a todo momento, a internação prolongada, permanência dos pais 24 horas na Unidade e as mudanças clínicas dos bebês a todo momento podem gerar ansiedade na família, nos pacientes e até mesmo nos profissionais que ali trabalham. A utilização de palavras pode surtir, na grande parte das vezes, como novas e estranhas, a sucessão de berços e incubadoras com as crianças, aparentemente tão diferentes da maioria dos outros bebês conhecidos (os nascidos a termo e saudáveis) são fatores que contribuem para um sentimento confuso, ambíguo e de irrealidade de quem vive diariamente neste setor sejam eles, pacientes, familiar ou profissional (MOREIRA; BOMFIM; LIRENA, 2006).

Os profissionais que atuam neste setor são confrontados diariamente com questões relacionadas à morte e sofrimento do paciente e da família, podendo ser potencializado pela organização do trabalho, a saber, jornadas prolongadas e ou dupla de serviço, ritmo acelerado, descanso inapropriado ou falta de descanso ao longo do dia, intensa responsabilidade na realização de tarefas para um paciente que não expressa suas angústias, irritações e medos, além de equipamentos e material/medicamento insuficientes (OLIVEIRA, 2006; PONTES, *et al.*, 2020). A vivência dessa realidade no cotidiano da UTIN pode produzir sentimento de frustração, irritabilidade, falta de confiança em si mesmo e no serviço, diminuição da satisfação com o trabalho, podendo, inclusive, desencadear adoecimento e sintomas de depressão.

4.3 O trabalho do Enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O contexto de uma UTIN acarreta diversas implicações para os envolvidos no processo de hospitalização, o recém-nascido, sua família e a equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujo processo de trabalho deve propiciar a realização do cuidado com a especificidade necessária que o grupo neonatal requer.

As características específicas dessa clientela conduzem a enfermagem à construção de um saber e de um fazer específicos, que dotam o profissional dessa área de habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

O recém-nascido, crítico, que é atendido nesta unidade possui dependência, fragilidade e instabilidade, o que requer um cuidado específico, exigindo dos profissionais que ali atuam, treinamento, perspicácia e sensibilidade para propiciar uma assistência segura e de qualidade. Assim, a UTIN se mostra como um ambiente em que o cuidado deve estar para além das atividades técnicas e científicas, o que exige um olhar para a totalidade de todos os envolvidos na experiência de cuidado de um bebê gravemente doente.

Como mencionado por Camelo (2012), a enfermagem representa em termos quantitativos, uma parcela significativa do capital humano presente nas instituições hospitalares e interferem diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência prestada à saúde.

Segundo Brasil (1986), o trabalho da enfermagem é exercido em instituições e serviços de saúde, privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Para a habilitação e funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo Brasil (2012), a equipe mínima, multiprofissional, deve ser formada por médico horizontal que exerce a sua função diariamente na UTIN, plantonista e médico Referência Técnica (neonatologista ou especialista em pediatria); enfermeiro assistencial e enfermeiro coordenador (habilitado em neonatologia ou com experiência mínima de 2 anos em terapia intensiva neonatal ou pediátrica); fisioterapeuta e fisioterapeuta coordenador (com experiência mínima de 2 anos em unidade de terapia intensiva pediátrica ou neonatal); técnico de enfermagem; fonoaudiólogo e um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza. O mesmo profissional médico

RT, pode exercer a função de médico horizontal e o coordenador de fisioterapia pode exercer a função de um dos fisioterapeutas assistenciais.

Dentre a equipe multiprofissional que atua na UTIN, o enfermeiro, trabalhador que é o centro desta pesquisa é um profissional fundamental no cuidado ao recém-nascido (DUARTE; ALVES, 2013). De acordo com o art. 11 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o enfermeiro é *“o responsável pela prescrição da assistência de enfermagem; supervisão e orientação do trabalho da equipe de técnicos de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”* (BRASIL, 2012), cuja tomada de decisão e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida, qualidade de vida e à morte desses recém-nascidos (DUARTE; ALVES, 2013).

O trabalho do enfermeiro é coordenar toda a dinâmica da unidade neonatal. Esse profissional é responsável pelo planejamento, implementação, evolução e avaliação da assistência, sendo o elo de ligação entre a equipe multiprofissional, o recém-nascido, a família e o hospital. Segundo Camelo (2012), o enfermeiro também é responsável por prover equipamentos e materiais permanentes, proporcionar a qualificação da equipe (educação continuada), gerenciamento da equipe de enfermagem por meio de escalas de trabalho, padronização e sistematização da assistência de enfermagem, controle de infecções, vagas, encaminhamentos, transportes, resultados de exames, além de resolução de problemas administrativos.

Outro papel fundamental do enfermeiro em uma UTIN está relacionado à humanização da assistência, ou seja, cuidar do paciente de modo holístico, englobando seus vários aspectos, dentre eles o biológico, emocional, familiar e social (RIBEIRO *et al.*, 2015).

A humanização na UTIN se caracteriza como uma das essenciais estratégias para potencializar o desenvolvimento do RN e cabe ao enfermeiro, como responsável pelo maior quantitativo profissional da Unidade, propiciar um ambiente agradável e adequado ao recém-nascido (COELHO *et al.*, 2018; SILVA; TONON, 2020), zelando para o cumprimento dos seguintes requisitos de Humanização: controle do ruído; iluminação; climatização; bem como da garantia de livre acesso e permanência da mãe e/ou pai na Unidade; visitas programadas dos familiares do recém-nascido e o de receber informações da evolução dos pacientes, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia (BRASIL, 2012).

Atrelado, ainda, à humanização da assistência na UTIN e como importante intercessor entre a família/recém-nascido/hospital, o enfermeiro também desempenha um importante papel de orientação sobre o funcionamento da unidade e apoio às famílias quanto aos diagnósticos médicos, procedimentos realizados e tratamento, uma vez que a equipe de psicologia desenvolve o seu trabalho em todo o hospital e não exclusivamente dentro da unidade, ou seja, o serviço não está disponível 24 horas por dia. Esse momento de internação é doloroso para a família, principalmente para a mãe que, em um momento delicado de restabelecimento de saúde após o parto e/ou interrupção da gestação, tem sua presença e dedicação necessária e insubstituível para o conforto, nutrição e criação de vínculo com o recém-nascido (DUARTE; ALVES, 2013)

Segundo Oliveira *et al.* (2017), o cuidado em UTIN deve estar focado nas necessidades do binômio mãe-filho e os demais familiares, criando uma proposta para o cuidado centrado na família, encorajando-os ao envolvimento afetivo. Tal proposta possui o objetivo de minimizar o tempo de internação, aumentar relações afetivas e o vínculo de confiança entre a família e a equipe profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Assim, observa-se que, além de desempenhar o trabalho rotineiro de uma Unidade de Terapia Intensiva, os cuidados com o neonato, em uma UTIN, necessitam de ser prestados pelo enfermeiro, em função da peculiaridade e especificidade da clientela.

Nos últimos anos, o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), vem alterando e disponibilizando novas portarias e resoluções que normatizam alguns procedimentos que eram realizados por toda equipe de enfermagem, tornando privativo para os enfermeiros, que, de certa forma, pela característica da clientela eram realizados somente por eles, porém demandando cuidado direto e contínuo do profissional (RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017; RESOLUÇÃO COFEN Nº 619/2019; PARECER Nº 199/2021/COFEN).

Dentre os procedimentos técnicos que competem apenas ao enfermeiro, realizados em uma UTIN, pode-se citar: a inserção de sonda orogástrica, nasogástrica e enteral; a sondagem por via vesical; os cuidados com nutrição parenteral total (NPT); a hemotransfusão; a realização de gasometria venosa ou arterial e amostra para cultura sanguínea; assim como, efetuar curativos de grande complexidade e inserção de Cateter Central de Inserção Periférica (RIBEIRO *et al.*, 2016). Outros procedimentos mais simples, como punção venosa e coleta de sangue venoso, também são relatados como atribuição do enfermeiro, prestados a essa clientela, em alguns

serviços de saúde, bem como a aspiração via oral-traqueal e tubo endotraqueal na ausência e/ou impossibilidade do atendimento da fisioterapia e auxílio na intubação.

Desses procedimentos realizados pelos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a inserção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), é o procedimento que demanda mais tempo, habilidade e qualificação do profissional consistindo em um dos maiores desafios para o enfermeiro que atua nesta Unidade (GOMES *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2023).

Estabelecer um acesso venoso seguro e durável, por via periférica, segundo Vilar (2020),

pode ser desafiador, quando a clientela é o RN crítico. Cada vaso apresentará dificuldades, riscos e complicações particulares. E todos terão diminuto diâmetro. Neste contexto, acessar uma via central utilizando cateter epicutâneo, com técnica asséptica rigorosa e adoção de melhores práticas, reduz eventos adversos, contribuindo para a segurança do paciente (VILAR, 2020, p. 2).

A competência técnica e legal para o enfermeiro inserir o PICC encontra-se no artigo 1º da Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2001) e a Resolução COFEN nº 243/2017, reafirma a importância da atuação desses profissionais nos cuidados dispensados aos pacientes.

Além de ser habilitado para a inserção e manutenção do cateter epicutâneo, cabe ao enfermeiro fazer atualização profissional constantemente. O PICC pode ser inserido em veias periféricas localizadas em diversos segmentos corpóreos do neonato. Alguns fatores podem facilitar ou dificultar o procedimento e devem ser considerados ao instalar o cateter, como extensão, localização e números de válvulas de cada veia (GOMES *et al.*, 2010; SECCO *et al.*, 2023; SOUZA *et al.*, 2023).

As veias de percurso extenso e tortuoso, com grande número de válvulas venosas, podem conduzir a extremidade distal do cateter (ponta) a progredir para posições anatômicas indesejadas, portanto, o segmento e hemisfério corporal, assim como a veia acessada para inserção do CCIP podem influenciar a localização desejada do cateter (COSTA *et al.*, 2013, p.453).

A inserção do PICC diminui a exposição do paciente às múltiplas punções periféricas necessárias durante o período de internação, além de impactar na redução de infecções e intercorrências quando comparado ao uso de cateteres venosos centrais por punção e dissociação,

tornando-se escolha prioritária para pacientes com previsão de internação prolongada (BEZERRA; SILVA, SALUSTIANO, 2023).

As dificuldades de inserção aumentam conforme aumenta o tempo de internação, considerando-se que a rede venosa fica cada vez mais fragilizada. Quando adotadas recomendações de posicionamento do paciente e de inserção por enfermeiro experiente e habilitado no manejo do dispositivo, observa-se o sucesso na implantação do PICC com menor número de tentativas, menor exposição do paciente à dor, ao estresse e às complicações mecânicas e infecciosas, além da garantia de posicionamento central, contribuindo para a diminuição do tempo de internação e prognóstico do recém-nascido (BORGHESAN, *et al.*, 2017; COSTA, *et al.*, 2013; ; VILAR, *et al.*, 2020).

5 A ABORDAGEM ERGOLÓGICA COMO POSSIBILIDADE DE ESTUDO DA ATIVIDADE HUMANA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS

Aprofundar e desenvolver uma pesquisa a partir da perspectiva ergológica significa abordar a “*realidade da atividade humana, em geral e a atividade de trabalho, em particular*” (TRINQUET, 2010, p. 94). A ergologia é, portanto, o estudo da atividade humana de trabalho (CALVO *et al.*, 2020; CALVO *et al.*, 2022; CUNHA, 2018; SCHWARTZ, 2010, 2013; SILVA *et al.*, 2018).

A ergologia tem origem na Universidade de Provence, atualmente denominada como Aix-Marseille Université – AMU, a partir de uma experiência de três professores e pesquisadores que se interessavam pelas transformações no mundo do trabalho – o filósofo, Yves Schwartz; o linguista, Daniel Faïta e o sociólogo, Bernard Vuillon, iniciando a primeira experiência de Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho- APST, nos anos de 1982 (SCHWARTZ, 2010, 2013; SILVA *et al.*, 2018; TRAJANO, 2012).

Esses três professores e pesquisadores buscavam compreender as mudanças nas relações entre o mundo da cultura, da educação e do trabalho,

[...] com a chegada da esquerda ao poder e a influência das correntes teóricas do marxismo, com o peso crescente das grandes estratégias econômicas, financeiras, do mercado globalizado [...] (e o chamado “neoliberalismo”), o trabalho passava por intensas modificações com o taylorismo [...] e tais mudanças resultaram em importantes transformações socioeconômicas na nossa sociedade (SCHERER *et al.*, 2022, p.2).

Nos anos de 1983 - 1984, essa experiência configurou-se progressivamente como uma formação continuada, para trabalhadores de diferentes setores econômicos, “APST” (Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho) (SCHWARTZ, 2010; SILVA *et al.*, 2018; SCHERER *et al.*, 2022). O desafio inicial seria pensar as transformações do trabalho “mutações tecnológicas” que promoviam mudanças nas maneiras de trabalhar e de produzir os bens materiais e imateriais para se viver (SCHWARTZ, 2010; SCHERER *et al.*, 2022).

Após essas primeiras experiências, em 1999, quando ainda não se falava em ergologia, foi criado o Departamento de Ergologia, dando amplitude à hipótese inicial de se ter uma nova abordagem do trabalho e mais genericamente, da atividade humana (SCHWARTZ, 2010). Uma rede científica e associativa irradiou-se nacionalmente e internacionalmente entre pessoas engajadas (universitários, profissionais e estudantes de diversas disciplinas) na luta pela compreensão e transformação do trabalho para o bem comum do trabalhador e não apenas para benefícios do mercado. A discussão proposta pela ergologia, ou seja, o arcabouço teórico da Ergologia se inicia no Brasil em 1997, com a primeira visita de Yves Schwartz ao país (SCHWARTZ, 2010; SILVA *et al.*, 2018).

Segundo Schwartz (2000), a ergologia se constitui, então, “*não como uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber, mas, sobretudo, como uma ‘disciplina do pensar’*” (SCHWARTZ, 2000a, p. 45).

A ergologia é uma abordagem inovadora definida, como um método de investigação pluridisciplinar, devido a compreensão de que a atividade humana é muito complexa para ser compreendida e estudada por um campo disciplinar único, sendo todas elas necessários, ou seja, as disciplinas são colocadas em dialética e não somente sobrepostas (TRINQUET, 2010).

Nesta mesma perspectiva:

[...] o trabalho humano, a atividade industriosa e a atividade em geral têm dimensões econômicas, ergonômicas, linguísticas, sociológicas, psicológicas, jurídicas e etc. Então, desde esse ponto de vista, não se apoia sobre uma área particular. Mas ao mesmo tempo havia um consenso entre a equipe de que existia também uma dimensão de reflexão antropológica e filosófica, que era central também. Porque a dimensão filosófica ou antropológica era uma maneira de defender essa dimensão pluridisciplinar, na medida em que a filosofia não é uma especialização profissional. E por isso essas duas dimensões no desenvolvimento da ergologia eram perfeitamente compatíveis: pluridisciplinar, com uma dimensão filosófica, antropológica e também epistemológica, porque a questão da cooperação pluridisciplinar ou interdisciplinar colocava grandes problemas epistemológicos (SCHWARTZ, 2013, p.330).

A ergologia dialoga em especial, segundo Schwartz (2000b, 2004, 2010), com as contribuições teóricas de Ivar Oddone, Georges Canguilhem e Alain Wisner.

A proposta de Ivar Oddone, por meio do conceito de comunidade científica ampliada, seria oferecer aos trabalhadores e pesquisadores uma forma de aprender e utilizar a experiência acumulada dos trabalhadores e do conhecimento científico dos pesquisadores profissionais. Para que destas experiências, baseadas no diálogo-confrontação, emergisse uma experiência científica que priorizasse as demandas das categorias profissionais com intervenção nos próprios locais de trabalho (ODDONE *et al.*, 1986; SCHERER *et al.*, 2022).

Schwartz *apud* SCHERER *et al.* (2022) afirma que os ensinamentos de Georges Canguilhem, ao discutir as relações entre saúde e doença, entre normal e patológico, fundamentado no conceito de vida a partir da noção de atividade normativa - em suas obras: ‘O normal e o patológico’, ‘Conhecimento da vida’ e os escritos em ‘O pensamento e o vivente’ e ‘O conceito e a vida’ - podem ser resumidos em: “*viver não pode ser inteiramente ser sujeito ao meio, qualquer que seja. Viver significa sempre a tentativa de propor ou impor suas normas de vida e de saúde ao meio social*” (SCHERER *et al.*, 2022, p.2).

Para Canguilhem (2010),

já que o ser vivo qualificado vive em meio a um mundo de objetos qualificados, ele vive em meio a um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. Eis o sentido em que o meio ambiente é infiel. Sua infidelidade é, propriamente falando, seu devir, sua história. O ser vivo não se relaciona com uma natureza exterior a si, radicalmente estática, mas com um meio ambiente habitado por uma história, que é também a do organismo, na medida em que ela contribui para constituí-la (CANGUILHEM, 2010. p.289).

A normalidade consiste, assim, na capacidade de adaptação, de variação, do organismo às mudanças circunstanciais do meio externo e interno que, por sua vez, é variável. A normalidade é a própria capacidade de normatividade – a instituição de novas normas – é própria do ser vivo, é constitutiva da vida (SCHERER *et al.*, 2022).

Nesta mesma perspectiva, Cunha (2021) reafirma que, a ideia de saúde de Georges Canguilhem

traz consigo a compreensão de que ser normal é ser capaz de interagir com o meio cambiante e infiel, tolerar suas infrações ao que se está habituado e buscar novas normas reconfigurando as situações. A saúde é essa tolerância adaptativa que possibilita intervir, transformando o meio conforme seus propósitos (CUNHA, 2021, p. 6).

Os conceitos construídos por Alain Wisner, no campo da ergonomia da atividade ou também denominada Ergonomia Francesa - disciplina que, ao contrário da ergonomia anglo saxônica,

visa a adaptação do trabalho ao homem (SILVA *et al.*, 2018) - chamaram a atenção para o fato de toda atividade de trabalho apresentar uma dimensão descritível em seus aspectos prescritíveis e uma dimensão enigmática, relativa à experiência daqueles que a realizam (DIAS; SANTOS; ARANHA, 2015).

Essa distinção (trabalho prescrito e trabalho real) tratada por Alain Wisner (1987) permite assegurar que em toda situação de trabalho se encontra um espaço vazio que exige do trabalhador uma mobilização de seus recursos próprios para responder à prescrição. O trabalhador recorre à sua reserva de alternativas para cobrir o vazio de normas que se instala devido à natureza própria da prescrição, que não pode tudo antecipar (DIAS; SANTOS; ARANHA, 2015).

Schwartz, principal articulador da abordagem ergológica, toma como ponto de partida a contribuição desses médicos: Canguilhem, Wisner e Odone (SCHWARTZ, 2000b, 2004, 2010). A partir deles, Schwartz amplia e aprofunda os conceitos para construir uma abordagem que compreenda o trabalho como espaço de realização da atividade humana vital e, ainda, de produção e circulação de saberes diversos, de expressão de subjetividades singulares, espaço onde a vida humana se desenrola (DIAS; SANTOS; ARANHA, 2015).

Schwartz enfatiza que a definição de conceito para a Ergologia é o de:

“instrumento para pensar; ele permite recortar, definir, generalizar, abstrair-se do presente” (p.1), contudo, “conceito e vida formam uma unidade dialética. [...] Se for necessário distinguir o conceito e a vida, convém em contrapartida não os separar” (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p. 3).

Assim, os conceitos empregados construídos para compor o arcabouço teórico da abordagem ergológica, conforme Durrive; Schwartz (2008, p. 1), *“tratam de definições contextualizadas, não seguindo, portanto, a lógica de um dicionário com referências que se pretendem definitivas”*.

Para ampliar a discussão e potencializar a compreensão da abordagem ergológica, os conceitos centrais - normas antecedentes, debate de normas, renormatização, dramática dos usos de si, corpo-si, saber investido, trabalho prescrito e trabalho real – serão categorizados e discutidos, como resultados desta pesquisa, a fim de evidenciar a noção de atividade humana de trabalho e qualificar esta dinâmica particular que vivem os trabalhadores nas situações de trabalho.

5.1 O trabalho na perspectiva ergológica

A abordagem ergológica permite, com sensibilidade, entender a emancipação do homem como sujeito na relação com o meio e situar de maneira complexa, sem preconceitos, toda a complexidade dessa relação (CUNHA, 2014; MENDES; CUNHA, 2018).

Conforme a etimologia do termo Ergologia, *ergon* em grego significa: ação, energia, criação, obra de arte, trabalho (SANTOS; SCHMIDT, 2022; ECHTERNACHT, 2018; VERÍSSIMO, 2015). O trabalho é intrínseco à condição da existência do ser humano, é fruto da relação do homem com seu meio, que está em mudanças contínuas. O conceito de atividade sob o termo alemão *tätigkeit* “*compreende tudo o que é conceitualmente impossível de se expressar porque está no nível do enigmático, do sensível, do não elaborado racionalmente*” (SILVA *et al.*, 2018, p. 30). Complementando esse conceito, Schwartz e Durrive (2015), compreendem atividade como o “*uso de si, numa relação com o meio que é, ao mesmo tempo, uma relação com os outros*” (p. 158).

Assim, a atividade humana é particular e específica e caracteriza a capacidade humana de criar, planejar, aprender, memorizar. Schwartz (2010) afirma que se tratarmos o trabalho apenas como emprego ou realização de alguma tarefa, tira-se desse conceito a complexidade peculiar à atividade humana. A atividade humana comporta a herança cultural e histórica das técnicas, da experiência das gerações, numa relação com a sua própria história.

Todo ser humano no trabalho se coloca por inteiro em atividade. Trabalhar é gerir (SCHWARTZ, 2010), é administrar-se como sujeito em atividade, ou seja, é fazer uso do corpo-si. Designa-se corpo-si, segundo Silva *et al.* (2018),

esse ser humano que habita um físico-biológico histórico, social, emocional e psíquico e que faz escolhas baseadas em valores, sentidos e significações construídos nas interações com o meio que está em mudanças contínuas e que provoca nesse corpo transformações igualmente sucessivas. Portanto o corpo-si é um corpo em construção contínua, como tudo no humano, seu próprio corpo-si é sempre inacabado (SILVA *et al.*, 2018, p.30-31).

É no trabalho real que o corpo-si se revela para realizar o trabalho. A noção de corpo-si - “ [...] árbitro no mais íntimo de sua atividade [...] entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado” é utilizada pela Ergologia e preferível em relação às noções de sujeito ou subjetividade – “delimitado, definitivo” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010, p. 196).

Segundo Schwartz (2010), o trabalho é “*um ambiente técnico, um ambiente humano, um ambiente cultural*” (p. 189), que se modifica e se modula, em razão da atuação humana e se diversifica de um momento ou de uma condição a outra. Cada trabalhador se envolve de uma maneira particular no trabalho, esse envolvimento é pautado pelos saberes investidos e valores de cada trabalhador. Esses saberes estão escondidos no corpo e podem ser conscientes ou não, mas estão lá, guardados na memória do corpo (VERÍSSIMO, 2015).

Nestas circunstâncias, os trabalhadores fazem “uso de si” pois, “*viver não pode ser somente executar instruções, submeter-se a imposições, regras, normas, enfim, não se pode viver unicamente sob este registro*” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p. 190). O sujeito, ao fazer uso de si, busca, portanto, gerir as infidelidades do meio, fazendo “*uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas*” para suprir o “vazio de normas”, já que as normas antecedentes por si só são insuficientes (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p. 190).

Este uso é, não somente *de si por si*, mas também de *si pelos outros* (pares de trabalho, hierarquia e usuários), pois são estes sujeitos que entrecruzam em toda atividade de trabalho numa dramática, onde além dos conflitos, os debates de normas são vivenciados de forma particular, na gestão do trabalho, por cada sujeito que busca por possibilidades de mudanças das condições e da organização do trabalho.

A noção de *normas antecedentes* cunhada por Schwartz, amplia o conceito de trabalho prescrito, cunhado pela Ergonomia da Atividade. O trabalho prescrito é imposto pela organização do trabalho e diz como o trabalho deve ser realizado, com suas normas, regras e protocolos. No entanto, o trabalho que é realizado pelo trabalhador, ou seja, o trabalho real, não corresponde a este trabalho prescrito, que é definido em desaderência, considerando situações de estabilidade, ignorando as variabilidades e as necessárias regulações realizadas pelo trabalhador no ato de trabalho (SANTOS; SCHMIDT, 2022; PONTES, 2014).

As normas antecedentes, assim como a prescrição, traduzem ao que é dado, exigido, definido para o trabalhador antes do trabalho ser realizado, porém, elas abarcam, além disso, a historicidade e a origem da própria prescrição, os valores e um patrimônio conceitual, científico e cultural (PONTES, 2014).

Apesar das normas serem necessárias, como o apontado por Duraffourg (2010), elas não são as únicas formas de antecipação. Pontes (2014) complementa, que os costumes e hábitos

compartilhados nos coletivos de trabalho são exemplos de regras de funcionamento e são, portanto, meios de antecipação.

Em toda atividade de trabalho humano ocorre um movimento de dupla antecipação e no cotidiano da enfermagem não é diferente. A primeira antecipação corresponde às normas antecedentes, à atividade de conceituação, àquela que se dá antes que cada trabalhador tenha encontrado o meio no qual realizará a prescrição demandada ao seu trabalho. A segunda antecipação, refere-se ao encontro do trabalhador com o trabalho a ser realizado, com o meio, ela requer, do “sujeito”, do corpo-si, que realize renormatizações e ressingularizações das normas antecedentes, no aqui e agora, demandadas na atividade de trabalho.

Segundo Pontes (2014), a renormatização é consequência da constatação da insuficiência das primeiras antecipações para compreender os processos reais do trabalho. A renormatização acontece a partir do “*desencontro entre os valores que permeiam os valores da organização, as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores*” (p. 29).

Assim, para Schwartz (2010), toda situação de trabalho é uma *dramática de uso de si*, pois em toda situação de trabalho o homem é obrigado a fazer escolhas – “*arbitragens, ponderações, critérios e, portanto, engajamento*” (SCHWARTZ, 1996, p. 152) - em função da exigência para se tratar os aspectos singulares de cada situação.

6 O PERFIL DA PROFISSIONAL ENFERMEIRA

Os resultados e discussões apresentadas neste capítulo foram baseados nas respostas dos questionários e entrevistas realizados com os participantes dessa pesquisa, correspondendo ao grupo de enfermeiras que, no momento da aplicação do questionário, estavam em escala de trabalho na UTI Neonatal.

Inicialmente foi verificado em escala afixada, em quadro no setor, um quantitativo de 24 enfermeiras. Porém, a escala da UN estava passando por mudanças³ e readequação no número de profissionais que já tinham sido remanejados ou desligados da Instituição, antes da entrada da pesquisadora em campo. A partir daí a escala foi reimpressa e afixada no mesmo local com

³ Na nova gestão, a SSA estabeleceu o fim da escala de plantões fixos dos enfermeiros efetivos noturnos da UN, para escala de 12x72h; escala de diarista (06 h) para os plantonistas diurnos com complementação de mais 06h na carga horária dos profissionais ou remanejamento para outro setor de menor complexidade. Três profissionais já tinham sido desligados da Instituição e 01 servidor efetivo foi remanejado para outro setor.

um quantitativo de 20 enfermeiras na UN. Ao iniciar a aplicação do questionário, que abrangeu quatro plantões diurnos e quatro plantões noturnos, observou-se que além das duas enfermeiras que estavam em férias, duas estavam em processo de desligamento da instituição.

Foram aplicados 16 questionários, com 100% de adesão das enfermeiras para o qual a pesquisa foi explicitada. Cada questionário preenchido foi identificado com uma numeração, para controle da pesquisa. Durante a aplicação foram preenchidas outras informações relatadas pelos participantes da pesquisa, em caderno de campo, que poderiam ou não serem utilizadas posteriormente.

O questionário disponibilizado consistiu na segunda etapa do instrumento de produção de dados (conforme procedimento metodológico anteriormente definido), sendo dividido em quatro grupos para melhor entendimento das reflexões aqui apresentadas.

No primeiro grupo buscou-se traçar o perfil socioeconômico e demográfico das enfermeiras; na segunda categoria, as características de vinculação institucional; na terceira categoria, a formação e atualizações profissionais e na quarta categoria foram abordados aspectos sobre a percepção das profissionais referentes ao ambiente de trabalho na UTI Neonatal.

Com relação às características sócioeconômicas e demográficas, conforme observado na Tabela 1, a população estudada predominou-se do sexo feminino (93,8%), com idade entre 40 a 49 anos (68,8%), 50% deles solteiros e 56,3% com filhos.

Conforme dados do IBGE (2018), as mulheres representam a maior força de trabalho no SUS, correspondendo a 65% dos mais de seis milhões de profissionais dispostos nos setores público e privado, em todos os níveis de complexidade da assistência (IBGE, 2018). A enfermagem, por tradição e cultura, sempre contribuiu para essa feminilização da saúde (LOPEZ, 2018) e os dados da pesquisa confirmam essa assertiva.

Pouco mais da metade, 56,3% dos trabalhadores, possui mais de 10 anos de profissão, seguidos por 31,2% com mais de cinco anos de trabalho, o que demonstra que os profissionais que trabalham nesta UTI Neonatal já possuem certo tempo de vivência com o cotidiano da assistência, o que favorece a aquisição da experiência profissional.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico

Variáveis	Categorias	Amostra total (%)
Sexo	Feminino	93,8%
	Masculino	6,2%
	20 a 29 anos	6,3%

Idade	30 a 39 anos	18,7%
	40 a 49 anos	68,7%
	50 a 59 anos	6,3%
	Maior que 60 anos	0%
Estado civil	Solteiro	50%
	Casado	18,7%
	Divorciado	25%
	Viúvo	6,3%
Filhos	Não	43,8%
	01 filho	18,7%
	02 filhos	37,5%
	03 filhos ou mais	0%
Tempo de trabalho como enfermeira	Menor que 1 ano	0%
	Menor que 3 anos	0%
	Menor que 5 anos	12,5%
	Menor que 5 anos	31,2%
	Mais que 10 anos	56,3%

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao segundo grupo - vinculação institucional, conforme a Tabela 2, observa-se que a maioria dos profissionais possui vínculo de três anos (25%), cinco anos (25%), e dez anos (25%) de trabalho no setor. Apenas 12,5% possui menos de um ano de trabalho na UTI Neonatal. Foi observado que 68,7% dos profissionais têm vínculo celetista e 31,3% são profissionais efetivos do município, sendo que todos eles (100%) estão em escala noturnas de 12x72, modificada recentemente (set/out 2022), para readequar com mais uniformidade a escala entre os dois tipos de vínculos de trabalho da Instituição, o que acarretou em perda de profissionais efetivos e com maior tempo de trabalho na UTI Neonatal. Foi levantado, também, que a maior parte (62,5%) das enfermeiras da Unidade não possuem um segundo vínculo de trabalho.

Tabela 2 - Vinculação institucional

Variáveis	Categorias	Amostra total (%)
Tempo de trabalho na Instituição	Menor que 1 ano	12,5%
	Menor que 3 anos	25%
	Menor que 5 anos	25%
	Maior que 5 anos	12,5%
	Maior que 10 anos	25%
Vínculo de Trabalho	Celetista	68,7%
	Efetivo	31,3%
	Contrato	0%
Turno de Trabalho	Diurno	50%
	Noturno	50%

	Plantão 12x36h	68,7%
	Plantão 12x60h	0%
	Plantão 12x72h	31,3%
Vínculo de trabalho em outras Instituições	Sim	37,5%
	Não	62,5%

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao terceiro grupo – formação e atualização profissional, conforme pode ser observado na Tabela 3, 56,2% da população estudada possui formação específica para trabalhar em Terapia Intensiva Neonatal, seguidos de 37,5% de profissionais especialistas em outras áreas relacionadas à enfermagem, apenas um profissional (6,3%) sem nenhuma pós-graduação e nenhum profissional com formação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado).

Tabela 3 – Formação e atualização profissional

Variáveis	Categorias	Amostra total (%)
Formação	Especialização em Terapia Intensiva Neonatal	56,2%
	Especialização em outra área Latu Sensu	37,5%
	Mestrado	0%
	Doutorado	0%
	Nenhuma pós-graduação	6,3%
Realiza Inserção de PICC (Cateter Central de Inserção Periférica)	Sim	100%
	Não	0%
Possui certificado de habilitação em PICC	Sim	87,5%
	Não	12,5%
Tempo de realização do último curso de PICC	Menor que 1 ano	14,3%
	Menor que 3 anos	14,3%
	Menor que 5 anos	28,6%
	Maior que 5 anos	42,8%
	Maior que 10 anos	0%
O curso de PICC foi oferecido ou pago pela Instituição?	Sim	25%
	Não	75%
O curso de PICC foi solicitado como requisito para trabalhar na UTI Neonatal?	Sim	81,3%
	Não	18,7%
Realizou outros cursos para atuar na UTI Neonatal desta Instituição?	Sim	81,3%
	Não	18,7%

No tocante ao procedimento PICC (Cateter Venoso Central de Inserção Periférica), 100% das enfermeiras informaram realizar o procedimento, sendo 87,5% dos profissionais habilitados para passar o cateter e 12,5% não possuírem a certificação. Todos as enfermeiras (100%)

informaram que a certificação não foi fornecida pela Instituição onde trabalham atualmente e 42,8% das enfermeiras realizaram o curso há mais de cinco anos, seguidos por 28,6% que realizaram a menos de cinco anos, sendo que para 25% das enfermeiras o curso de PICC foi solicitado como requisito para trabalhar na UTI Neonatal, o que pode, segundo as enfermeiras, estar relacionado às contratações com diferentes gestores.

Em relação aos cursos de atualização, 81,3% das profissionais informaram ter realizado outros cursos para trabalhar na UTI Neonatal (amamentação, sepse e outros cursos relacionados à urgência e emergência), e 18,7% informaram não ter realizado nenhum curso. Verifica-se que 81,3% das profissionais do estudo informaram que a instituição não fornece momentos de capacitações, treinamentos, rodas de conversa e/ou palestras para as enfermeiras da UTI Neonatal, 18,7% informaram que a instituição fornece esses momentos raramente ou anualmente (Enf 8, 10 e 12).

Em relação ao quarto grupo – as relações de trabalho na UN - os resultados serão apresentados a seguir, construídos a partir das observações gerais, sistematizadas e das autoconfrontações simples e cruzadas, com um recorte necessário para um olhar com uma “lupa” acerca do procedimento de PICC, a fim de se evidenciar a atividade e apreender os saberes e valores individuais e coletivos construídos e em aderência no cotidiano da assistência ao recém-nascido prematuro.

Para a discussão dos resultados, obtidos após a autoconfrontação, seis categorias de análise foram utilizadas para desmembramento dos dados, a partir do referencial teórico da abordagem ergológica: 1) Normas antecedentes e o vivenciado nas situações singulares de trabalho; 2) O corpo-si; 3) Dramáticas dos usos de si por si mesmo e uso de si pelos outros; 4) Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP); 5) Saberes investidos e saberes constituídos ou formais; 6) Gestos no trabalho.

7 AUTOCONFRONTAÇÃO: PARA COMPREENDER O TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UMA UTIN

Serão apresentadas as análises dos dados produzidos durante as confrontações, em que será privilegiado o ponto de vista das enfermeiras sobre sua atividade, onde será possível perceber as angústias, as demandas e as saídas que as trabalhadoras construíram para realizar a tarefa, as suas compreensões sobre a dinâmica do trabalho, as impossibilidades das prescrições e as dramáticas vivenciadas no trabalho real.

As discussões e análises serão apresentadas a partir da filmagem feita do cotidiano do cuidado e tem por proposição revelar as compreensões acerca dos saberes e valores, produzidas durante as autoconfrontações, ao se evidenciar os saberes investidos no corpo-si. Ao serem questionadas, durante as autoconfrontações, sobre as escolhas que faziam em determinados contextos de trabalho, as enfermeiras apresentavam certas dificuldades em descrever o que faziam devido à complexidade do trabalho no cuidado assistencial. Entretanto, quando confrontadas com sua imagem durante a realização da tarefa e, novamente, questionadas, a narrativa ultrapassava os limites da descrição de protocolos e assumia uma defesa da atividade, permitia reviver a experiência de suas escolhas e da forma de mobilizar seu saber, seus valores, sua compreensão do contexto e, sobretudo, do que é requerido de seu corpo no trabalho.

E quando se diz o corpo, na perspectiva ergológica, isto compreende a inteligência, a história, a força física, a experiência de vida e o olhar para o mundo. Isto é, o corpo-si (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010). Corpo-si engajado e confrontado com a especificidade local, em aderência com a situação vivida.

7.1 Normas antecedentes e o vivenciado nas situações singulares de trabalho

O trabalho das enfermeiras é precedido por protocolos, normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão,

a utilização de padrões é uma metodologia de uniformizar, reduzir riscos de falhas e possibilitar segurança técnica, administrativa e assertividade para os profissionais, no cumprimento de suas tarefas, ou seja, “fazer a coisa certa, do jeito certo, da primeira vez e em todas as vezes”, garantindo a manutenção da qualidade dos serviços realizados pela equipe de enfermagem e impedindo que as condutas individuais interfiram no resultado assistencial. (...) o profissional deve ser capacitado no padrão

da atividade para executá-lo conforme a especificidade de cada paciente, de forma segura e com qualidade assistencial (COREN-MG, 2020).

Na fase inicial de contato na Unidade estudada foram solicitados todos os documentos impressos sobre a função da enfermeira que estavam disponíveis no setor. Foi verificado que os documentos estavam em atualização pela coordenação e, somente alguns foram localizados. Algumas enfermeiras, na fase inicial, ao serem questionadas sobre o que faziam na UTI Neonatal e qual era o seu trabalho, traziam em seus relatos a prescrição do próprio trabalho, ao que é dado e exigido ao trabalhador antes que o trabalho fosse realizado.

O sujeito em desaderência com a atividade revela aquilo que lhe é demandado, com os recursos e os meios de que dispõe cotidianamente para atingir os resultados objetivados. Na atividade, o sujeito se coloca, vive, faz história e se apropria da norma antecedente, e a renormaliza, fazendo daquele meio, seu – numa possibilidade de se regular frente às infidelidades do meio, no intuito de se produzir com qualidade, produtividade, saúde e segurança.

As normas antecedentes se definem em relação ao agir humano, a partir das características de anterioridade e anonimato, ou seja, existem antes da vida industriosa coletiva e não consideram a singularidade das pessoas que vão agir nas diferentes situações de trabalho, conforme o relato a seguir, da enfermeira 10:

Eu presto assistência ao recém-nascido, tem as atividades que são privativas nossas, né? Passagem de sonda... função de epicutâneo.... questão de acesso, é mais privativo nosso, do enfermeiro e a gestão da unidade com os funcionários. (Enf 10)

Corroborando com este relato, a enfermeira 12, também faz a afirmação que segue, em relação a sua função na UTIN:

Sou enfermeira assistencial, da assistência. Faço tudo. Eu chego... eu organizo o plantão, faço admissão. A gente faz... punciona catéter epicutâneo, acesso periférico, coleta de sangue, ajudo a manipular pacientes mais graves, ajudo durante o banho, pesagem, olho escala... toda demanda da equipe e, além de exames, a gente avalia, né? Solicita (cobra) os exames, acompanha transporte. (Enf 12)

Para todas essas funções, relatadas pelas enfermeiras, existem os protocolos institucionais que dizem como os procedimentos devem ser feitos e quais os materiais necessários para realizá-los, como: sondagem vesical de alívio, sondagem vesical de demora, banho, pesagem, dentre outros. Percebe-se, a partir dos relatos, a importância do trabalho prescrito no decorrer do trabalho da enfermeira - as normas exprimem numa instância um ideal, uma regra, um objetivo, um modelo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015). Porém, estas normas/protocolos, que “tentam” enquadrar a atividade humana, estão em “desaderência” em relação às situações vividas no “aqui e agora” (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP, 2015), cita que os profissionais inexperientes ou desatualizados se beneficiam com os protocolos institucionais propiciando maior proteção dos clientes e que os profissionais mais experientes e atualizados, devem ter segurança teórica e prática que justifiquem a decisão, em caso de não se utilizar os protocolos.

A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios: trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado. A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte a essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso, terá o endosso da instituição (COREN-SP, 2015, p.9).

O COREN-SP (2015) discute sobre a autonomia do profissional, condições de realidade e tomada de decisão do profissional frente a estas normas antecedentes e o trabalho real.

A enfermeira 6, na ACS2, relata:

Quando eu entrei aqui... há mais de dez anos atrás, me falaram que eu era enfermeira da assistência, hoje cada dia que passa, tenho mais função. Bom, nós enfermeiras hoje estamos extremamente sobrecarregadas, o enfermeiro faz de tudo, né?::: Desde resolver, quem vai dar manutenção em ar condicionado, ahhh::: preciso que troque a lâmpada, eh::: presta assistência de intercorrência, seja uma troca de sonda que agora é função nossa, uma coisa simples e é função do enfermeiro. Precisamos passar duas ou três vezes a mesma sonda no RN, porque eles mesmos ‘rancam’. E os técnicos dependem disso... uma coisa boba... porque eles poderiam estar fazendo, pra agilizar ainda né? O trabalho do enfermeiro tem coisas burocráticas a serem feitas também. (Enf 6)

Ao ser confrontada sobre o que a profissional queria dizer com esse relato, a enfermeira 6 complementa e aprofunda:

Então... assim é tudo. Tudo o que não está andando nos conformes é função do enfermeiro solucionar e isso é trabalho, não é? Você viu sobre a troca do monitor do paciente? na hora todo mundo fica olhando com cara de paisagem para mim, sou eu quem tem que resolver, mas todo mundo sabe que não tem, mas é sobre o paciente e não sobre mim naquela hora. A gente ainda pega um pouco da demanda da coordenação. Porque ela é sozinha, e é muita coisa para ela fazer, então às vezes eles acham que a gente tá sentada no computador sem fazer nada, e aí tem que ajudar a fazer algumas coisas... ou igual.... se você entrar aqui agora, a unidade está tranquila. Mas tem cirurgia até então pré-agendada. Então agora está tranquilo, mas de repente, não está. Então, às vezes, a pessoa entra lá, está olhando pro tempo. Ah então vai ali e faz isso. (Enf 6)

A enfermeira relata sobre a mudança na própria regulamentação de alguns procedimentos nos últimos anos, como a sondagem gástrica, que foi considerada como procedimento invasivo e de maior complexidade técnica, tornando-se privativo da enfermeira (Resolução COFEN, 619/2019). Esse procedimento é rotineiro em criança e, muitas vezes, é realizado mais de uma vez na mesma criança, pelo fato dela mesma arrancar a sonda com as mãos, estando no berço, incubadora ou aos cuidados no colo da mãe. No caso da UTI Neonatal, o trabalho é ainda maior, porque diferente de outros setores do hospital onde uma equipe de laboratório colhe exames do paciente, na UTIN quem colhe é a enfermeira.

O acesso periférico no RN na Neonatologia não é privativo da enfermeira, porém, devido à especificidade e às possibilidades reduzidas de rede venosa nesse perfil de paciente, associado ao quantitativo de técnicos inexperientes no setor, as próprias enfermeiras optam por apenas eles realizarem as punções. Esse procedimento, associado aos outros, acabam intensificando o trabalho da enfermeira nesta Unidade.

As normas antecedentes também dizem respeito a valores, quando a enfermeira retrata que “é sobre o paciente e não sobre mim naquela hora” e que “a coordenação é sozinha, e é muita coisa para ela fazer”, significa que ela atribui um peso às coisas: ao que ela estima e prefere, ou ainda, ao que se negligencia e rejeita. Nós não inventamos sozinhos os nossos valores, mas retrabalhamos e singularizamos incessantemente aqueles que o meio nos propõe (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008), fazendo uso de si por si e uso de si pelos outros (SCHWARTZ, 2006).

Observa-se, então, por meio do relato, a busca por melhor condição de trabalho, consequentemente, por melhor condição de saúde para a trabalhadora em enfermagem. Não era sua função ajudar a coordenação, mas ela o faz, procurando gerir as infidelidades do meio, negociando a falta de equipamentos, de quantitativo de RH, recriando a tarefa a seu modo, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho, para si e para os colegas. A enfermeira desvenda o que está em jogo para ela naquele cuidado e revela o porquê engendrado no uso que ela decidiu fazer de si, no caso, uma monitorização confiável, para a realização de um procedimento seguro para o paciente e para toda a equipe.

7. 2 O corpo-si

As tarefas executadas pelas enfermeiras podem ser iguais, como por exemplo a passagem de uma sonda vesical, mas são realizadas de maneiras diferentes, mesmo quando essa tarefa é realizada pela mesma enfermeira. Isso ocorre porque cada enfermeira é uma pessoa única, com sua historicidade incrustada em seu corpo-si e, ao desempenhar seu trabalho, aplica uma intensidade variável com base em suas próprias normas, valores, conhecimentos e experiência profissional.

Cada enfermeira possui uma perspectiva individual e única sobre como fornecer cuidados de enfermagem. Suas normas e valores pessoais, construídos ao longo de sua vida e experiências, influenciam a forma como aborda o seu trabalho e interage com os pacientes, sendo, portanto, uma manifestação direta de sua singularidade. Essas normas e valores moldam suas decisões e ações, resultando em uma abordagem singular mesmo quando as tarefas são as mesmas.

O conhecimento e a experiência de cada profissional desempenham um papel importante na forma como eles realizam suas tarefas, sendo incorporados ao seu corpo-si. Cada enfermeira pode ter adquirido habilidades e conhecimentos específicos ao longo de sua carreira, o que as leva a realizar as ações de maneiras distintas. Essa experiência profissional única, integrada ao seu corpo-si, contribui para a diversidade e singularidade das abordagens das enfermeiras, mesmo quando estão realizando as mesmas tarefas.

É essencial reconhecer e valorizar a integração entre a singularidade de cada enfermeira, manifestada em seu corpo-si e os debates que eles realizam. Suas normas, valores,

conhecimento e experiência profissional, intrinsecamente relacionados ao seu corpo-si, moldam sua prática e contribuem para a qualidade e individualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O corpo-si capta todo tipo de indicação e acompanha em tempo real um clima humano microsocial, mobilizando os cinco sentidos sensoriais do corpo humano (visão, audição, olfato, tato e paladar) fornecendo uma percepção completa do seu entorno e desempenhando um papel fundamental na forma como interagimos com o mundo ao nosso redor (SCHWARTZ, 2014).

Conforme o depoimento da enfermeira 10, obtido na ACC2:

em relação a nossa escala, ela não é definitiva, a escala definida pela coordenação é: cada UTI, com um enfermeiro e 10 pacientes. Mas estamos com poucos pacientes e a escala da UTI 1... tá “pegando fogo” desde segunda-feira. Ahamos melhor a divisão ser feita desta forma, apesar de parecer injusta, é a melhor no momento. Normalmente, no nosso plantão fazemos assim, como hoje... se a escala estiver com esta configuração. E o plantão de quarta-feira geralmente tem um enfermeiro a mais por causa da efetiva. (Enf 10)

Complementando este depoimento, a enfermeira 1 afirma:

eu vou de acordo com o que as meninas falam, porque como elas estão, dia sim e dia não, e eu extra... fica mais fácil para elas... entro onde elas acham melhor, não interfiro, apenas vejo se a escala está mais ou menos justa e compatível para todos. (Enf 1)

Os relatos retratam que, apesar do trabalho ser no mesmo local, ou seja, na UTIN, um plantão é diferente do outro, o que demanda, permanentemente, diferentes decisões numa gama diversa de possibilidades para cada enfermeira. Embora haja a prescrição, há a necessidade de lidar com o novo e de se regular frente às diversas interfaces com as quais lidam no cotidiano do cuidado, como: os pacientes, o quantitativo de pacientes daquele dia, o número de enfermeiras e quem são, além da configuração da equipe assistencial daquele plantão.

A enfermeira 12 descreve a importância da organização do setor para o seu trabalho:

cada um trabalha de uma forma... e não quer dizer que a minha é boa para todo mundo... Eu dou muita importância para a organização, não consigo

entrar dentro da unidade, se tiver tudo bagunçado, parece que não flui, eu tenho que dar uma organizada para começar o meu plantão. Eu sou chamada aqui até de síndica, rs tem enfermeiro que não liga, ou até mesmo finge que não vê. Isto é errado? Não. (Enf 12 – ACC1)

A enfermeira 6 aborda a forma como organiza a rotina do seu trabalho, frente às demandas da equipe:

eu gosto muito de trabalhar junto, em equipe, isso é muito importante para mim, eu ajudo eles, eles não tem nem que ficar me pedindo ajuda. Não tem esse negócio, eu sou enfermeira, eu vou ficar aqui sentada, problema seus, a hora que for minha vez eu vou. Não, eu não. Eu não tenho isso não. [...] por exemplo, se tem um técnico que está dando um banho. E aí eu tenho que trocar um curativo e tem algum outro procedimento que eu poderia fazer à tarde que eu já tinha me organizado para fazer. Mas naquele momento ele está fazendo e ele me chama, então muda tudo o que você eu estava esperando... e faço naquele momento. (Enf 6 – ACS2)

Corroborando com as afirmações das outras enfermeiras, a Enfermeira 10 menciona as suas prioridades para a organização do seu plantão:

para mim é importante não ficar protelando as atividades para depois não. Deu tempo para fazer... eu estou fazendo, tento organizar o plantão ao máximo que eu consigo de manhã, se tiver tranquilo... igual hoje, porque de tarde tudo pode mudar. Então eu já estou um pouco adiantada e tirando isso sempre priorizo as coisas que são mais urgentes e deixando os demais para depois. Eu tento fazer assim porque se não der tempo, não vai prejudicar a assistência. (Enf 10- ACC2)

As verbalizações, acima proferidas, possuem significados importantes, pois evidenciam como a enfermeira compreende e se apropria do trabalho. Apesar do trabalho ser considerado o mesmo, cada profissional organiza o seu plantão de uma maneira diferente, de acordo com as suas percepções, prioridades e importância atribuída, com um arranjo especial, particular e singular de acordo com seu próprio corpo-si. Nos relatos apresentados é possível notar a ênfase dada por cada enfermeira a determinados momentos e circunstâncias, refletindo suas prioridades individuais. Isso não significa necessariamente que elas não compartilhem das mesmas ideias ou objetivos, mas sim, que as ações são realizadas de maneiras distintas, adaptadas pelo corpo-si, às suas perspectivas individuais.

O corpo-si das enfermeiras apresentam uma combinação única de experiências, valores, conhecimentos e habilidades, o que influencia diretamente a forma como organizam e

conduzem o trabalho. Essas diferenças não apenas enriquecem a prática de enfermagem de cada um, mas também garantem que a assistência aos pacientes seja realizada de maneira individualizada e personalizada.

Apesar das variações na abordagem individual, é importante destacar que as enfermeiras compartilham o objetivo comum que é fornecer cuidados de qualidade aos pacientes. Embora as ações sejam realizadas com arranjos diferentes, o foco no bem-estar dos pacientes e a busca por resultados positivos são princípios compartilhados por essas profissionais.

Uma simples coleta de sangue, apesar de seguir protocolos de segurança tanto para o paciente, quanto para o profissional, pode ser realizada de diversas formas: pode envolver apenas uma enfermeira, em uma única punção e se este dominar a técnica e os recipientes, pode utilizar apenas os frascos a serem coletados, luvas, algodão, álcool e um scalp, ou pode ser realizado pela enfermeira, mais dois ou três profissionais para manejar os frascos e o sangue coletado, os frascos, algodão, luvas, álcool, vários scapls e compressas para proteger o leito do paciente.

Além disso, a relação com o paciente também deve ser considerada, pois ele pode ou não estar sedado, sentindo dor e apresentando instabilidade clínica durante o procedimento. E isso não quer dizer que a forma de se coletar o sangue está certa ou errada, mas ela envolve escolhas, características e habilidades específicas de cada corpo-si, ou seja, da competência e do agir competente instaurado e situado, em aderência com a dramática ali vivida.

As competências sedimentam e estruturam as conquistas da história profissional; ela permite a antecipação dos fenômenos, do implícito das instruções, da variabilidade das tarefas (LEPLAT; MONTMOLLIN, 2001, p.41, tradução nossa).

Como definido por Leplat e Montmollin (2001, p.41), *“competência é o conjunto de conhecimentos estabilizados e savoir-faire, condutas, procedimentos, normas, tipos de raciocínio que podem ser implementados sem um novo aprendizado”*.

As verbalizações, portanto, evidenciam a importância da individualidade da enfermeira na organização do seu trabalho, refletindo suas percepções, prioridades e o arranjo singular que cada uma dá ao seu corpo-si. Essas abordagens distintas contribuem para os cuidados individualizado de enfermagem, garantindo que as necessidades únicas de cada paciente sejam atendidas de forma singular e adequada.

Para que o cuidado seja efetivado e desenvolvido da melhor forma possível, ele envolve escolhas e estas escolhas, envolvem dramáticas do uso de si. Como dito por Cunha (2007), trabalhar é também avaliar, hierarquizar, eleger um valor e, assim, reordenar os demais. Confrontar e ser confrontado, fazer escolhas, ancoradas e guiadas por valores próprios daquele que trabalha e que são sempre, em alguma medida, singulares.

7.3 Dramáticas do uso de si, o uso de si por si mesmo e uso de si pelos outros

Diante das infidelidades que emergem nas situações de trabalho, as normas antecedentes podem se tornar insuficientes e falhas. Com base nesse cenário, a enfermeira tem como saída a gestão e o reajuste dessas normas, adaptando-as às situações de trabalho singularmente vividas. Esse reajuste configura-se como um uso de si por si mesma.

O depoimento da enfermeira 10, na ACC2, corrobora com esta afirmação:

O meu trabalho depende do trabalho em equipe, depende da compreensão do médico, às vezes o médico quer tudo dele, na hora dele ((a enfermeira relata sobre um procedimento solicitado pelo médico de punção lombar - pelo protocolo da UTI é realizado à tarde – e que o médico queria realizar naquele momento)) [...]às vezes aquilo não é uma prioridade, mas por ele falar que ele quer, se eu não conseguir controlar a minha equipe, eu acabo me descontrolando e descontrolando todo o meu plantão. Porque às vezes eu olho e falo... não, isso aqui não é prioridade... preciso intervir e dizer... vc não vai fazer isso agora porque não é uma prioridade e manter firme a minha decisão, às vezes os meninos ((profissionais)) que estão chegando, ficam muito apavorados quando o médico pede uma coisa, às vezes aquilo ali não tem prioridade nenhuma, eles deixam de fazer uma coisa que é prioridade pra atender o que o médico tá pedindo, e se o enfermeiro não saber demandar o que tá se passando na unidade, atrapalha o trabalho de todo mundo. (Enf 10)

No decorrer da atividade, a enfermeira se impõe e estabelece prioridades. Neste relato as dramáticas dos usos de si por si e pelos outros, pode ter sido escolher se o paciente seria submetido ao procedimento naquele momento, se a sua equipe estava preparada para auxiliar o médico e se tinha outras prioridades a serem feitas no determinado momento. A enfermeira poderia ter escolhido concordar com a solicitação do médico, mas manteve seu posicionamento. Neste sentido, segundo Schwartz e Durrive (2010), viver, produzir histórias e trabalhar é fazer escolhas a todo momento, é valorizar algumas escolhas em relação a outras.

Ainda exemplificando esta afirmação, a enfermeira 1, na ACS1, explica o que aconteceu na admissão do RN:

*a gente faz no automático... nem percebe! A admissão é a prioridade... não tem Rn “parando”(refere a parada cardiorrespiratória)... então é a nossa prioridade. Resolvi o problema do monitor porque era a prioridade da hora, o bebê não estava com uma monitorização confiável... e olha que eu testei o oxímetro antes dele entrar... quando o leito tava sendo montado e em mim ele funcionou... É sempre assim... então já sabemos mais ou menos os problemas que vão acontecer. [...] Então... o bebê estava sem via aérea definitiva, o médico precisava fazer o cateterismo umbilical até para sedar o bebê para intubar... tirei a monitorização de um RN mais estável, limpei e coloquei nele... depois resolvemos do outro. Ai evitamos o constrangimento para todo mundo e a falação de médico. (...) A oftalmologista já tinha vindo cedo com os pedidos e esse RN não estava na lista. Foi por isso que questionei e aí ela falou que o erro foi dela. Ok. Na hora olhei para o relógio da sala e vi que estava na hora da dieta e pedi ao técnico para não dar... porque ele poderia aspirar a dieta na hora.
 (...) Pedi para fazerem a medicação também, antes mesmo da prescrição já estar pronta para dilatar o olhinho dele e não atrasar tanto a dieta. Mas para justificar isto... a prescrição dessa medicação sempre é a mesma, só confirmei com a médica se seria os dois medicamentos e ela falou que sim. Porque aí já adianta! Tanto para ela... para mim e para a dieta do RN. (Enf 1- ACS1)*

Neste relato, a enfermeira toma decisões frente às situações reais vividas naquele momento, revela sua escolha, faz gestão de si, hierarquiza e estabelece valores, uns ligados à qualidade da assistência, outros à sua própria saúde e a do outro, além daqueles ligados à segurança e à produtividade. A enfermeira retira a monitorização de um RN mais estável para colocar em outro RN que, naquele momento, necessitava mais. Atua num vazio de normas, antecipa, faz escolhas. Permanentemente se apropria do meio, faz dele o seu “patrimônio”, age em competência.

E continua: solicita que a dieta de um RN não fosse ofertada e que fosse dada uma certa medicação, antes mesmo que a prescrição estivesse em suas mãos. Embora as normas indiquem que toda medicação deve estar prescrita e que toda criança deve estar com monitorização contínua na UTIN, a enfermeira, na situação real de trabalho, opta por fazer um outro uso de si, mesmo trazendo os riscos dessas decisões para si. São os valores sem dimensão, do bem comum, da vontade, da compreensão de que é seu dever manter a segurança do paciente naquele momento.

Corroborando com esses relatos, a enfermeira 6, na ACS2 considera que:

eu sempre tiro de um, coloco no outro, testo um material, testo no outro e sempre consigo resolver o problema de alguma forma. Ok! Se deu certo, ótimo.... fiz nada mais que minha obrigação. Se não der certo, eu é quem serei exposta... terei que responder tanto para a coordenação de enfermagem, quanto para a coordenação médica e serei advertida. Isso se o problema for tranquilo, porque se não for posso responder processo até no Conselho (Enf 6 - ACS2).

Observa-se neste relato um ponto de angústia para esta trabalhadora, mesmo ela agindo no imprevisto, no espaço da vida real e resolvendo o problema naquele momento, ela sabe que pode responder por sua atitude. Pois as legislações indicam sanções a que ela estará exposta se as transgredir, se agir em seu trabalho fora dos limites da legalidade descritas nas normas e protocolos.

O relato mostra que o drama no trabalho não significa que a enfermeira não agirá. Ao contrário, para cada dramática, o corpo-si indica uma saída para completar a tarefa, neste caso, de admissão. Esses relatos revelam a lacuna entre o que está descrito, prescrito, pré-determinado e o que a enfermeira encontra no dia-a-dia, na vida real. É nessa lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real que surge a necessidade de a enfermeira preenchê-la, adaptando-se e ajustando-se para lidar com as demandas reais e imprevistas no ambiente de trabalho.

Observa-se, ainda, nestes relatos, segundo Schwartz (2014), três ancoragens indissociáveis, a biológica, a histórica e a singular.

A biológica é o corpo dado no nascimento, com suas potencialidades e seus limites; a histórica, ocorre mediante o debate de normas (por si/por outros) que constituem a própria substância dessas dramáticas e só adquirem sentido num momento particular da história e a singular na experiência de vida de cada pessoa, cuja negociação de dramáticas próprias opera como agir de um corpo físico pessoal, um corpo desejante, em permanente tentativa de “composição” e de apropriação desse seu suporte de vida, a fim de responder aos encontros e provas. Trabalhar é então tentar estabelecer uma sinergia para essa tríplice ancoragem no tratamento dos debates de normas que se fazem incessantemente presentes em nossos encontros industriais (SCHWARTZ, 2014, p.264).

Sempre que a enfermeira realiza alguma atividade, por mais simples que ela seja, existem as normas antecedentes já instauradas que, ao mesmo tempo, constriem e lhe permite reinterpretar e deixar a sua marca, ou seja, renormatizar, conforme o que ela está vivenciando no cerne da atividade. Ela tenta “*configurar o meio como seu próprio meio*” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2015).

Conforme o narrado pela enfermeira 12, na ACC1:

neste momento aí, eu pedi para a técnica dar o “proibidão”, rs, a criança é grande, não tinha necessidade de sedar, mas ela precisava ficar calma para passarmos ((PICC)) e ele ajuda no controle da dor. Eu não tinha uma pessoa para ajudar e ficar de cima até a gente finalizar, pode demorar 20 a 30 minutos, mas pode demorar 1h30. Hoje o plantão tá justo, pode olhar ((apontou para a imagem)), tá todo mundo fazendo alguma coisa (Enf 12).

Contestando o relato acima, acerca do uso do “proibidão”⁴, a enfermeira 7, na ACC1, informa que:

normalmente eu não uso, tenho medo da criança aspirar, mas quase todas as enfermeiras usam, facilita (Enf 7).

Nessa ocasião é importante tratar das renormatizações convocadas pela precarização do trabalho nos setores públicos de serviços. A renormatização também acontece quando os recursos colocados à disposição da trabalhadora são insuficientes para a concretização da tarefa, assim, a criatividade para realizar a atividade de trabalho se mostra entre a escassez e o uso de si, a partir da experiência com a atividade, a mobilização da inteligência em prol de seus valores (por exemplo, a enfermeira atribui a importância do RN não sentir dor e à necessidade de se usar o “proibidão”). A escassez não se encontra apenas nos recursos humanos, mas também nos recursos materiais, conforme o relato da enfermeira e a escolha entre qual paciente precisaria ser priorizado naquele momento e, monitorizado. A atividade, então, emerge em dramáticas de uso de si, de escolhas a se fazer, dos critérios valorados localmente e cuja “norma” não traz balizamento.

Cabe ressaltar que, ao realizar o procedimento de PICC, a enfermeira 12 verificava a todo o momento, com o olhar, o monitor que estava acima da incubadora do RN. Ao ser confrontada (ACC1), ela informa que *o procedimento poderia alterar a saturação e batimento do bebê e que, se no monitor apresentasse queda de saturação de O₂ brusca, poderia estar relacionado ao uso do “proibidão”* (Enf 12).

⁴ Sobre o “proibidão”, os profissionais utilizam uma luva de procedimento, guarnecida internamente com um pedacinho de algodão na ponta de um dos dedos, seguido por um nó, formando uma chupeta de luva no qual o RN faz a sucção de gotas de uma solução preparada de água bidestilada e glicose. Porém, esta prática não é recomendada devido ao risco de sufocamento e de reação alérgica ao látex, além do hospital não recomendar o uso de chupetas e bicos por atrapalhar a amamentação.

Os relatos expressam o caráter enigmático da atividade da enfermeira. De um lado, a expressão “proibidão”, seguido de risos e da explicação do porquê ter sido realizado, demonstra a dificuldade em se dizer o que se faz, por duas razões: a primeira porque se trata do trabalho cotidiano que, sem perceber, se faz sem se dar importância. A segunda razão diz respeito à complexidade do que se faz, pois foi descoberta na confrontação, ao “colocar em palavras a própria atuação” (SCHWARTZ, 2010). Segundo Faïta e Maggi (2007), falar da atividade é redescobri-la, é reviver a experiência, é reformular a ação pela palavra, “*permite à pessoa tomar consciência de seu potencial, da maneira como se investe em sua atividade*” (p. 178).

Por outro lado, pode-se inferir sobre a atividade ser enigmática porque não é possível ao observador/pesquisador conhecê-la e apreendê-la em toda a sua complexidade, pois só quem a exerce, consegue descrevê-la.

7.4 Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP)

A noção de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) nos ajudará a compreender as sinergias construídas em situações de trabalho real e que não correspondem às equipes formais de trabalho pré-definidas pelos gestores do trabalho.

As ECRP remetem-se aos coletivos de trabalho dentro de um campo ergológico, ou seja, dizem respeito à atividade humana. Não estão calcadas sobre um coletivo predefinido, uma vez que suas fronteiras não são predefinidas, são as necessidades do “trabalhar junto” que as fazem existir de maneiras diferentes num dado momento. Elas se constroem não por meio de prescrições, mas no desenrolar da atividade, por meio de ajustes, debates de normas, formas de cooperação e valores. Esse processo de trabalho em comum, exige tempo para sua constituição, não é facilmente operacionalizável, identificável e descritível (MUNIZ; SANTORUM; FRANCA, 2018).

Abaixo, para facilitar a compreensão e demonstrar as ECRP, é trazido uma crônica da ACS1, na qual foi solicitado que a enfermeira 1 explicasse além do que estava acontecendo, quem eram as profissionais envolvidas na admissão de um RN de 490g, PIG e no CPAP:

O RN chegou, mas não pediram para o fisioterapeuta descer, normalmente eu meço o tempo (que o RN vai subir) pelo horário que ele desce. Nessa hora

a técnica do leito também estava no horário de descanso, então outra assumiu até ela retornar.

Ele não foi intubado no BC, não sei PORQUÊ!!! Sabemos que eles não têm pulmão totalmente formado... mas deve ter algum motivo né::: Ele foi posicionado na incubadora, leito 09, por mim e fisioterapeuta (...) esses dois enfermeiros (3 e 4), foram até lá para ver se precisava de ajuda, mas logo saíram.

A Médica iniciou o cateterismo umbilical do RN, foi coletado exames, realizado intubação... apesar do RN ser meu, essa é a outra enfermeira (2) que ficou auxiliando o médico nos procedimentos... esses são os 04 técnicos que estavam no CTI e deram auxílio também. Essa é a enfermeira (4, que está na UCI) ela entra, abre e pega alguns materiais para o médico e logo sai.

Um técnico nesta hora, desce para a farmácia com a prescrição para buscar aminoácido... porque já inicia de imediato... e outra técnica desce com a solicitação de surfactante, não foi com o mesmo técnico porque a prescrição não ficou pronta na mesma hora. A farmácia fica no primeiro andar.

Essa é uma funcionária do hospital, esse enfermeiro (3), entrou logo atrás para resolver, profissional da biossegurança para verificar a caixa de perfuro cortante. Ela acompanhou até o local das duas caixas e assina a folha do profissional liberando. Eles (funcionária do hospital) nem imaginam o que está acontecendo ali dentro.

Essa médica (oftalmologista) entrou na unidade para fazer o exame de RN de leito 06, solicita que aplique a medicação nos olhos do RN. Eu questionei que não estava com pedido e a médica informou que o erro foi dela. O técnico que estava com este RN, está ajudando no leito da admissão, então ele para o que está fazendo e retorna para atender o do leito 06.

Eu então, reposiciono o paciente na incubadora... enquanto um dos técnicos corta a fralda ((pois o mesmo é tão pequeno que a fralda de prematuro não cabe no RN)) passo a sonda e solicito o Raio x, para que seja feito rapidamente.

Ao colocar a fralda vi que o RN já tinha apresentado mecônio e sujou toda a cama, peço que alguém prepare outra cama.

O raio x chegou e eu já posicionei o RN para o raio x, a médica oftalmologista retorna para fazer o exame do leito 06, ela tenta realizar o exame, porém como a unidade estava clara, não conseguiu finalizar.

A partir daí a unidade começa a ficar mais tranquila. Esta enfermeira (4) entrou na unidade com a folha de passagem de plantão para preencher e agilizar para mim (ACS - Enf).

É possível perceber, a partir desta crônica, que por mais que cada profissional tenha suas competências e habilidades específicas, quando os trabalhadores se encontram na atividade,

neste caso, frente a admissão desse RN prematuro extremo, não prevalece o conhecimento ou atividade de apenas uma única profissão.

A pertinência para a configuração do coletivo se efetivou pela admissão e, a partir daí, cada um saiu de seu “feudo” e agiu coletivamente. O coletivo de trabalho, naquele momento, englobou uma equipe multiprofissional (4 técnicos, 04 enfermeiras, médicos da unidade e do bloco, técnico de raio X, fisioterapeuta), marcada por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação desses diferentes profissionais.

Um laço informal é estabelecido entre os trabalhadores e que, sem necessariamente se falar, se arranjam ou se esforçam para compor o espaço de trabalho. O laço é criado entre essas pessoas que compartilham valores, esses “coletivos” são pertinentes porque sem esse tipo de micro-coletivos, não funcionaria, pois se atropelariam umas às outras e isso geraria a crise permanente. É “relativamente pertinente” porque não está dentro de um organograma e se você muda os profissionais, o coletivo pode diminuir em sua densidade e eficácia (SCHWARTZ, 2010).

A crônica demonstra o trabalho específico, imprevisível e imprescritível de uma ECRP (MENDES, 2014). O coletivo se instaurou neste contexto, porque havia ali o compartilhamento de valores comuns, especificamente quanto à clínica estabelecida e a qualidade da assistência ao paciente.

É o que Schwartz e Durrive (2010) chamam de sinfonia sem maestro, ou seja, “*cada um toca a sua partitura (sabe o que tem que fazer), mas, ao mesmo tempo, é necessário que a partitura seja sincrônica, portanto que tenha marcações para que se saiba quando cada um entra na partitura, já que não há um maestro*” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 161).

Apesar do paciente fazer parte da escala de uma enfermeira, de um técnico, de um médico e de um fisioterapeuta, todos os profissionais da Unidade estão envolvidos nesta admissão, participam concretamente da atividade e da eficácia da equipe. Sem que seja necessário solicitar auxílio, um profissional assume o RN, enquanto o outro está no intervalo de almoço, um busca a medicação, outro prepara uma fralda, um abre os invólucros para o médico, outra enfermeira atende outras demandas na Unidade, sem que haja alteração na dinâmica de toda Unidade, prejuízo ou desassistência aos outros pacientes.

Se o coletivo não estiver harmônico, seja em função de faltas e/ou rotatividade de trabalhadores e, houver “dessincronização”, as falhas e riscos no trabalho aparecerão e o hospital,

trabalhadores e pacientes pagarão o custo disso (MENDES, 2014), ou seja, a eficácia e a segurança da equipe dependem destas regulações que ocorrem quase invisíveis (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 161).

7. 5 Saberes investidos, saberes constituídos ou formais

Para demonstrar os saberes envolvidos no trabalho real das enfermeiras, partiremos da noção explicitada pelos ergólogos de que o saber constituído é o saber acadêmico, formalizado nos ensinamentos, nos livros, nos programas de computador, nas normas técnicas e organizacionais.

Como o verbalizado pela enfermeira 1, na ACS2:

se o enfermeiro não souber como agir... o enfermeiro fica vendido. Se ele não souber... ele não sabe cobrar. Ele vai chegar na unidade e é como se o técnico e toda a equipe soubesse mais que ele, vão estar com um RN prematuro com incubadora aberta, vão estar pesando sem embrulhar, e o enfermeiro vai permitir ou nem vai perceber. Tudo que ele for fazer ele vai permitir porque ele se sente inseguro e talvez ele não teve nem treinamento adequado para estar ali. Então, banaliza tudo (ACS2 – Enf 6).

Este relato retrata a importância do saber constituído para o trabalho neste setor complexo, com pacientes críticos e totalmente dependentes. A profissional enfermeira tem em seu currículo, uma formação mais ampla, generalista e os processos de formação – graduação, especialização, mestrado, doutorado e cursos - na área são importantes para se trabalhar com este perfil de paciente e neste setor.

Nas conversas e no questionário foi muito evidenciado sobre a importância dos treinamentos *in loco*: mais de 80% das enfermeiras informaram que a instituição não fornece momentos de capacitações, treinamentos, rodas de conversa e/ou palestras para as enfermeiras da UTI Neonatal.

A enfermeira 10, na ACC2, expõe:

Final do ano passado, aproveitamos a pandemia, porque tinha contrato de enfermeiros a mais na escala e foi feito treinamento, de banho, manipulação de RN grave, higiene, pesagem, primeiro no auditório e depois montamos equipes na UTI. Ficou bom. É gritante a diferença depois, mas foi só esse e

então ele se perdeu, teve a mudança de contratos, mudou muito enfermeiro, muito técnico. Voltamos ao zero. (ACC2 –ENF 10)

Porém, esse saber é suficiente para explicar o trabalho prescrito. Por mais primordial que ele seja, ele não explica, sozinho, o que se passa no trabalho realizado no aqui e agora. Em toda atividade de trabalho é depositado um saber individual, de cada ser humano, o que de certa forma, aproxima o trabalho prescrito do trabalho real. Esse saber, chamado de saber investido, é o saber adquirido nas trajetórias individuais, coletivas e singulares de trabalho (SCHWARTZ, 2010; VERÍSSIMO, 2010).

A enfermeira 12, na ACC2, verbaliza:

eu posso entrar na unidade e ter um paciente grave. Eu consigo pensar, este bebê é o menino mais grave. Então eu vou monitorizar ele da forma correta, eu vou ver o técnico que está no leito, se é um técnico atento, eu vou priorizar, porque se eu deixar um técnico inexperiente vai me prejudicar, porque às vezes ele não vai conseguir ver o sinal que o bebê vai apresentar e o médico também, precisa confiar na sua equipe, pois muitas vezes o paciente dá sinais antes da piora e só quem está com ele o tempo inteiro consegue perceber (ACC2 – Enf 12).

Complementando essa verbalização, a mesma enfermeira relata:

(...) o enfermeiro e a equipe como um todo, interfere no plantão, até o fisioterapeuta interfere, porque se ele demora pra atender um bebê. Enfim, se ele precisa de atendimento, tem dia que ele precisa de dez atendimentos durante o dia, se ele não atender ele de acordo com a demanda que ele vai estar pedindo ele vai parar, entendeu? E aí vai descontrolar todo o plantão. Então quando a gente vê que está começando a cair a saturação ou então antes de manipular você já pede pro fisio entrar, tem fisioterapeuta que ele já tem uma visão, tem outros que já são um pouco mais lentos e precisam ser direcionados (ACC2 – Enf 12).

Estes relatos evidenciam um saber, da ordem dos saberes investidos e o corpo-si identifica, por meio dos sinais que são observados no bebê, que ele necessita de um cuidado diferenciado e, a partir desse ‘olhar’, da sua experiência, da sua ‘expertise’, ele antecipa e modifica o seu fazer. O corpo-si, então, convoca e mobiliza sua experiência sobre a atividade no momento em que a norma, ou os recursos, são insuficientes para a realização do trabalho (VERÍSSIMO, 2010). A enfermeira convoca o saber investido em seu corpo-si na atividade humana de trabalho. A

atividade emerge, entre a escassez, o uso de si e os valores em conflito naquele momento. Isso faz com que o corpo-si mobilize com o que possui, que reconstrua a atividade a seu modo, gerindo as infidelidades, fazendo uso de si para dar conta daquilo que considera seu trabalho (SCHWARTZ, 2010). Embora a enfermeira faça escolhas baseada em sua experiência e, a partir daí renormatize, também é necessário o conhecimento de ordem técnica, um conhecimento científico, uma norma antecedente.

Outro relato, apreendido na ACS1, que elucida o saber investido no corpo-si da enfermeira é mencionado pela enfermeira 1:

já estou quase aposentando... já to muito mais esperta... essas coisas vc pega rápido... ou no dia a dia ou nos tropeços com os próprios técnicos e médicos chamando atenção tb. Tem que estudar tb. Né??? No início passamos muita vergonha. Rs gosto nem de lembrar.

(...) aprendemos muito no dia a dia, muito com o outro profissional mais antigo, com os médicos e com os próprios técnicos velhos de casa também, Tem técnico muito mais experiente que muito médico... vai da pessoa sabe? Se você passa aperto hoje..... você senta e estuda.... no início é muita doença nova, mas tudo se repete.... aqui.... no outro hospital que eu trabalho.... por isso é importante a equipe...

(...) infelizmente não temos reconhecimento para ficar realizando atualização, cursos... isso não é reconhecido, valorizado... então é de cada um.... Interesse de cada um sabe. Eu gosto de ter certeza sobre o que questiono.... sobre o que discuto.... então to sempre atualizando. A outra maternidade que trabalho incentiva a gente..... libera para fazer curso (ACS1 – Enf 1).

Nesses relatos a enfermeira aborda a questão das trocas entre a equipe multiprofissional e a importância da formação acadêmica e atualizações dos profissionais.

Na ACS1, a enfermeira 1 ainda complementa:

Eu... quando o berço tá apitando, eu desligo.... mas se ele fica apitando muito eu olho na folha de dados. Berço é menino maior..... quando é incubadora já é mais preocupante porque o bebê é menor e se tiver com temperatura desregulada demora mais tempo para resolver... então tem que ficar de olho. Igual esse bebê... chegou com temperatura ótima 36°C.... mas teve que intubar, cateterizar, medir, trocar a roupa da incubadora que já estava quentinha imagina a temperatura dele agora?

Por isso tudo tem que ser feito mais rápido possível, eles perdem temperatura muito rápido, na hora que troquei, já fechei.... liguei a umidificação rápido e já coloquei para aquecer... e mesmo assim ele deve demorar bastante até ajustar. Agora ninguém mexe.... se mexer tem briga..... rs a fisio vai fazer o surfactante ainda, mas com a incubadora fechada. Foi bom que o Raio x veio super rápido também, então não vai mais precisar mexer (ACS1 – Enf 1).

O relato apresentado revela um saber mobilizado, diante dos recursos que o profissional tem disponível e das informações adquiridas ao longo de sua experiência. Trata-se de um saber que se desenvolve a partir da experiência prática e do contato direto com situações reais de cuidados de saúde. É um conhecimento enraizado na vivência da enfermeira, que integra informações contextuais, intuição, reflexão e senso de responsabilidade, que vai além das teorias e conceitos apreendidos durante a formação acadêmica.

Diante dessas vivências, a enfermeira acumula um conjunto único de experiências, desafios e aprendizados, que moldam sua forma de compreender e se apropriar do trabalho. A enfermeira desenvolve habilidades de observação aguçada, capacidade de tomada de decisão rápida e adaptação a cenários complexos e imprevisíveis.

Essa ‘expertise’ adquirida permite à enfermeira avaliar de forma criteriosa a necessidade de intervenção em determinadas situações, sempre priorizando a segurança e o bem-estar do paciente. Este saber pertence à esfera dos saberes investidos, uma forma de saber que só é construído por meio da vivência prática e da experiência pessoal da profissional no campo de trabalho.

Na ACS 2, a enfermeira 6 relata:

neste caso, estávamos esperando um RN de cada vez e o SAMU trouxe os dois juntos no mesmo transporte, na mesma incubadora. Um deles chegou gravíssimo. Isso modifica todo o andar das Unidades. Não tínhamos os dois leitos organizados, somente um. Não tinha material no leito para iniciar os procedimentos. Deixa todo mundo estressado. E aí o que vamos fazer? Cruzar os braços e ficar reclamando e dizendo que tá errado? É nessa hora que eu, ENFERMEIRA, preciso mais agir e demonstrar o que sei, colocar prioridades, me impor e mostrar a melhor forma de resolver as coisas. É nessa hora, que eu ganho ou perco a credibilidade com minha equipe. Ali, quem não sabe... nem percebe a bagunça. Os RN foram acomodados, os procedimentos foram feitos. E olha... foi suado viu. Isso o que você viu não é normal de acontecer, mas... acontece (ACS 2 - Enf 6).

O saber investido transcende as fronteiras do conhecimento teórico e se aprofunda na prática clínica, pois é influenciado por fatores como a intuição, o contexto social, as particularidades de cada paciente e a interação com a equipe multidisciplinar.

O conhecimento mobilizado pela enfermeira na prática diária é um saber dinâmico e em constante construção e evolução. É um saber constantemente atualizado e refinado por meio da interação direta com os pacientes, colegas de trabalho e supervisores, pela resolução de problemas complexos e pela reflexão sobre as ações realizadas.

É importante destacar que ao vivenciar o dia a dia na assistência aos pacientes, a enfermeira adquire um entendimento profundo das nuances e particularidades da prática. A observação atenta, aliada à empatia e à comunicação eficaz, permite que a enfermeira capte sinais sutis, interprete sintomas e antecipe necessidades, mesmo quando estas não são verbalizadas pelo paciente, como é o caso do recém-nascido prematuro.

Essa habilidade de leitura do contexto, aliada à experiência, permite à enfermeira tomar decisões informadas e intervir de maneira assertiva, mantendo a segurança e o bem-estar do paciente como prioridade.

A cultura de segurança desempenha um papel crucial na prática das enfermeiras e na promoção de um ambiente terapêutico seguro para os pacientes. Segundo Reis (2019), observa-se nos últimos anos, um aumento significativo no interesse e na busca por abordagens que visam melhorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente no contexto global dos cuidados de saúde. Esse interesse é impulsionado pelos avanços tecnológicos, pela diversidade de sistemas e pelos processos organizacionais envolvidos nessa área.

Nesse cenário, a cultura de segurança ganha destaque visto que reflete o comprometimento dos profissionais e pesquisadores/investigadores da área com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro. Essa cultura engloba atitudes, valores, crenças e comportamentos compartilhados por todos os envolvidos, desde os profissionais de saúde até os pacientes e influencia diretamente os comportamentos e resultados relacionados à segurança, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes (VILLAR; MARTINS; RABELLO, 2022).

Além de ser um profissional de saúde que está na linha de frente dos cuidados, a enfermeira é líder e referência da equipe de enfermagem que está com o paciente 24hs por dia. Especialmente na neonatologia, a enfermeira desempenha um papel fundamental para garantir a prevenção de erros e eventos adversos, na identificação precoce de problemas e a implementação de melhorias contínuas nos processos de cuidado, pois erros e eventos adversos podem trazer consequências graves e irreparáveis para estes recém-nascidos prematuros (SILVA; SILVA, 2023).

Essa cultura promove uma abordagem proativa, na qual todos os membros da equipe estão comprometidos em identificar e mitigar riscos, compartilhar informações relevantes, promover a comunicação efetiva e trabalhar em colaboração. Além disso, uma cultura de segurança estimula a aprendizagem organizacional, permitindo que toda a equipe se sinta encorajada a relatar erros, discutir incidentes e compartilhar lições aprendidas como oportunidade de melhoria, em vez de fontes de culpa ou punição (VILLAR, MARTINS, RABELLO, 2022; SILVA, SILVA, 2023).

O conhecimento mobilizado pela enfermeira é um processo contínuo, marcado por uma busca constante por atualização e aprimoramento. Os avanços científicos, as diretrizes clínicas atualizadas e as novas tecnologias são absorvidas e incorporadas à prática profissional, permitindo à enfermeira fornecer cuidados baseados em evidências e adotar abordagens inovadoras.

7.6 O gesto da enfermeira em um procedimento de PICC

O gesto profissional é uma manifestação complexa que permeia toda a essência (que estrutura todo *métier*) de uma profissão, desdobrando-se em várias dimensões que compõem sua própria estrutura. O gesto profissional é, portanto, a síntese dessas dimensões em situação específica em que ocorre, embora uma ou outra dimensão possa se destacar mais na circunstância analisada (SILVA, 2016).

Nesse sentido, o gesto profissional se revela como a expressão concreta da atividade, o corpo desempenha um papel fundamental, sendo o protagonista essencial que impulsiona as dimensões clínicas envolvidas no processo de formação do gesto profissional.

Dessa forma, o gesto profissional transcende a mera execução de uma técnica ou habilidade, incorporando um conjunto mais amplo de conhecimentos, experiências e valores que influenciam as ações dos profissionais em sua prática diária.

Nenhum gesto profissional é neutro, ingênuo ou vazio de sentido, pelo contrário, ele carrega sempre consigo uma carga significativa, podendo variar em intensidade e nuances. É um

processo de constante negociação do corpo-si, com as normas antecedentes e o trabalho real, resultando em uma expressão única e significativa do saber-fazer profissional.

O corpo-si, em sua atividade central, movimenta e integra essas dimensões, conferindo ao gesto profissional sua expressão concreta e eficaz no exercício da profissão, revelando a expertise e as competências necessárias para sua realização adequada (SILVA, 2016).

A enfermeira 1, durante a ACC2, relata que o PICC

é um procedimento que me traz muita ansiedade e sofrimento, você pode saber o que está fazendo e mesmo dominando a técnica do PICC, pode dar errado. E aqui, na neo, o enfermeiro é taxado como “bom enfermeiro” se você é bom de PICC. Ai você já começa o procedimento com uma carga grande (ACC2 - Enf 1).

Complementando, a enfermeira 10, menciona:

Eu tenho muito medo de estar em um plantão apenas com enfermeiros mais novos e de algum médico me solicitar um PICC. Isso me traz muita aflição, eu sempre olho antes de finalizar o plantão, quem estará comigo no próximo plantão (ACC2 - Enf 10).

Nestes relatos e em várias outras conversas informais, é abordado pelas enfermeiras que, existe uma valorização da técnica de punção venosa, na neonatologia, que determina uma hierarquização na equipe. A enfermeira considerado “bom de veia” pela equipe, ou seja, aquele com maior habilidade para realizar as punções, assume um papel de destaque na UTIN. Esse estereótipo do “bom ou ruim de veia” delimita o lugar que a enfermeira ocupa na equipe e legitima a sua identidade profissional, conferindo-lhe poder diante das relações que estruturam a prática do PICC na UTIN.

Essa representação cultural de que a enfermeira competente tem como pré-requisito ser boa de veia é observado diante de um cenário em que o paciente possui acesso vascular limitado, com veias pequenas e frágeis (GIACOMOZZI *et al.*, 2023; RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

Na ACC1, a enfermeira 12 menciona que o PICC,

é um procedimento que envolve muita delicadeza, ainda mais quando é um Rn muito prematuro, o toque tem que ser delicado, cuidadoso, mas ao mesmo tempo firme. A pele dele é muito sensível se você deixa sabão ou álcool na pele, eles podem causar uma ferida e trazer infecção para o bebê. Qualquer coisa instabiliza o RN (Enf 12).

A enfermeira 7, contribui:

além de ser delicado, envolve atenção, cuidado e prática, quanto mais tempo trabalhando com RN, melhor você vai ficando (Enf 7).

Nestes relatos, as enfermeiras destacam o aspecto fundamental do cuidado centrado no recém-nascido, no qual o toque delicado (Figura 01)⁵, porém firme, é essencial não apenas para o conforto do paciente, mas também para garantir o êxito do procedimento realizado.

Figura 02 – Toque da enfermeira na mão do recém-nascido, visualizando as veias no procedimento do PICC



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Nesse contexto, as enfermeiras reconhecem a importância do gesto delicado, mas firme, durante a execução do procedimento, visando não somente minimizar o desconforto e estresse do recém-nascido, mas também considerando a fragilidade da pele do RN e na busca de uma melhor técnica e de observação das veias. O toque adequado, observado, não se resume apenas à técnica, mas também envolve empatia, sensibilidade e uma compreensão profunda das necessidades e limitações do RN.

O sucesso do procedimento está intrinsecamente ligado à sua habilidade em proporcionar um toque adequado, equilibrando suavidade e assertividade.

⁵ Não há intenção de se encarcerar o dinamismo e a complexidade existente em toda a atividade de trabalho por meio da foto. O objetivo é ilustrar, fazer revelar pela imagem, mesmo congelada, a importância dos saberes e valores singulares e situados, em aderência com a situação vivida, nas estratégias de gestão do cuidado assumidas e que se (re)produzem na qualidade da assistência, na segurança e na saúde (própria e do outro) e na produtividade.

Ao abordar o corpo humano, o autor Marcel Mauss vai além da simples compreensão de sua dimensão biológica. Esse autor reconhece que o corpo é influenciado por fatores psicológicos e sociais, sendo considerado patrimônio universal da humanidade. Segundo Mauss, um gesto humano não é apenas um movimento físico, mas também uma expressão da individualidade psicológica de quem o realiza e está intrinsecamente ligado a uma sociedade que atribui determinada significação a esse movimento (MAUSS, 1974; DAOLIO; RIGONI; ROBLE, 2012).

Corroborando, a enfermeira 12, na ACC1, ao ser confrontada com as imagens do início do PICC, frente a sua escolha, responde:

neste caso, pelo protocolo devemos começar a puncionar pelas veias mais próximas das “mãozinhas” e depois ir subindo pelo membro, assim funciona no “pezinho” também, mas hoje eu analiso bem antes, quando eu vejo uma veia boa para progredir eu já vou nela, mesmo que ela esteja mais acima, eu evito assim muitas punções, eu evito dor para o paciente, estresse pela demora do procedimento e que o material fique ruim devido a várias punções (ACC1 - Enf 12).

Contestando a afirmativa da enfermeira 12, a enfermeira 7, relata:

eu começo sempre pela “veinha” da “mãozinha”, tenho ainda um pouco de receio de já perder a única veia ótima, logo no início (ACC2 - Enf 7).

O procedimento de PICC é sempre realizado por duas profissionais. Uma delas é a responsável pelo procedimento (normalmente é a enfermeira que está responsável pelo leito do paciente, mas, quando esta profissional ainda não está liberada, ou seja, ainda não tem curso de PICC, outra enfermeira mais experiente assume o procedimento) e outra auxiliar.

Essa regra de quem é o responsável pelo procedimento não é discutida em nenhum momento pelas profissionais, mas percebe-se que ela é clara entre elas. A discussão sobre as opções de veias, tipo e tamanho do cateter, sempre foram observadas ao iniciar o procedimento. A partir do momento em que uma enfermeira assume a punção da veia, é ela quem assume o procedimento e faz as suas escolhas. Isso não quer dizer que as escolhas não possam ser compartilhadas: quer dizer que, a partir daí as principais decisões são tomadas pela enfermeira que está puncionando. A profissional que punciona a veia pode alternar entre a dupla conforme o andamento do procedimento, quanto mais difícil for, mais compartilhamento de ações foi observado.

Nos relatos acima, percebe-se os saberes envolvidos nos gestos das profissionais. Elas decidem, neste caso (Figura 02), por iniciar a punção pela mão do paciente. Uma enfermeira segura e punciona a mão, enquanto a outra dá estabilidade para que o cateter não desloque a veia. Este processo envolve firmeza e ao mesmo tempo delicadeza para segurar o membro do recém-nascido. Há que se relatar que toda atividade da enfermeira acontece em uma lateral aberta de uma incubadora, com um espaço restrito que não permite a total movimentação das enfermeiras, no qual os movimentos das duas profissionais devem ser calculados e compartilhados.

A narrativa das enfermeiras na confrontação demonstra que, mesmo em situações com normas muito restritas e acordos coletivos acerca dessa tarefa, ainda que em atuações semelhantes, no aqui e agora, não há chance de que dois profissionais compreendam sua atuação da mesma forma, a situação real será, sempre, diferente do que está prescrito. O uso de si será uma escolha do momento de cada enfermeira, o seu agir é influenciado por fatores intrínsecos, como sua memória, valores e experiência, moldados pela sua história pessoal e pelo contexto específico em que se encontra, seu corpo-si.

Figura 03 – Enfermeiras na primeira tentativa de punção de veia para o PICC



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Na ACC2, a enfermeira 1, relata que:

o colega que introduz o cateter tem que ter a mesma sintonia que eu, por que se não, não dá certo. Um punciona a veia e o outro introduz, a pinça é pequena e delicada então, se um dos dois tiver a mão mais leve e o outro a mão pesada, ele vai introduzir com força e perder a veia, muitas das vezes, a

única que você vai conseguir. Então... até a forma de introduzir, a paciência e o pensamento positivo conta (ACC2 - Enf 1).

Elucidando este relato, na figura 03 é possível perceber o tamanho da pinça utilizada no procedimento, que é totalmente diferente das pinças utilizadas em procedimentos cirúrgicos por médicos. Uma enfermeira segura o membro do recém-nascido com uma mão e dá firmeza com a outra, para que a outra enfermeira possa segurar com uma mão o cateter e introduzi-lo com a outra mão. Percebe-se também, o garrote de gaze, utilizado no procedimento para facilitar a localização das veias, tornando-as proeminentes. O garrote é feito na hora do procedimento com uma gaze, o que confere menor tração/pressão e menor possibilidade de lesão no membro, diferente do garrote utilizado em adultos.

Figura 04 – Introdução do PICC



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Ao serem confrontadas sobre o êxito do procedimento que realizaram, a enfermeira 7, relata que:

A temperatura interfere, você consegue ver aí... eu já tinha aquecido ele bem antes, mas ele pode perder muita temperatura enquanto higienizamos, então eu aqueci com as minhas mãos, enquanto o colega está mexendo com o cateter. As minhas mãos estão mais quentes e eu consigo transmitir calor para ele. Esse bebê é maiorzinho e o outro braço já está todo furado, então, já me indica que apesar de estar visualizando a veia, pode ser que eu encontre

problema ao passar. Mas a clínica do RN e se ele já teve outro tipo de acesso venoso no mesmo membro, tudo isso interfere (ACC1- Enf 07).

Complementando o relato acima, a enfermeira 12, menciona:

a posição que eu coloco a cabeça do RN interfere no meu procedimento, a forma como o envolvo e o deixo confortável também, como eu seguro no bracinho dele, como eu garroteio o bracinho com a minha própria mão e não com um garrote. Isso tudo são cuidados importantíssimos com o RN e só temos a real compreensão da importância disso depois que trabalhamos aqui (ACC1 - Enf 12).

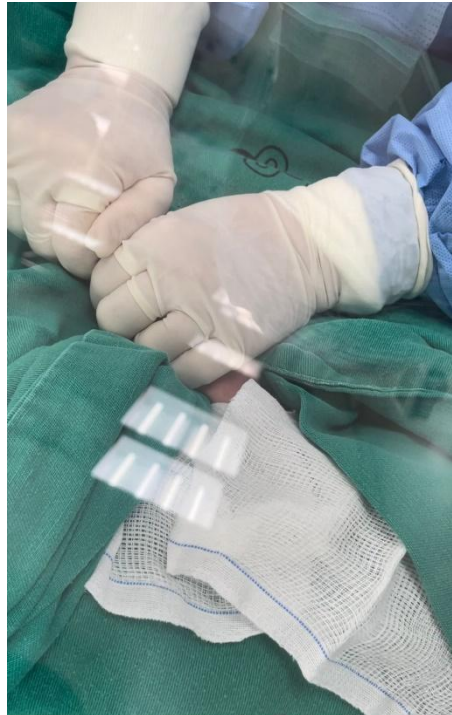
Nestes relatos, obtidos por meio da ACC1, as enfermeiras discorrem sobre o aquecimento com as mãos (Figura 04) realizado por elas e que não foi observado pela pesquisadora em outros PICC na unidade. O relato evidencia um saber, da ordem dos saberes investidos que só pode ser convocado pelo corpo-si. Esse saber é mobilizado e convocado por meio da experiência da enfermeira na atividade no momento em que somente as normas são insuficientes para a realização do trabalho. A expertise vai além do simples conhecimento técnico para executar o procedimento de PICC. Ela requer uma combinação de habilidades que são adquiridas por meio da experiência prática e da vivência.

Silva (2016), relata que

o gesto profissional é um movimento físico-corporal, psicológico e sociocultural, portanto contextualizado e sintetizado. Uma postura frente às coisas do mundo, que requer um posicionamento contra a amputação taylorista do movimento espontâneo, resistindo e reivindicando sua expressividade e singularidade (SILVA, 2016, p. 407).

Outra opção de garroteamento para o membro do recém-nascido também é verbalizado pela enfermeira, com o mesmo objetivo do anterior que é o de permitir uma melhor localização das veias, tornando-as proeminentes, mas também de proteger o membro quanto a lesões. Observa-se, no desenvolvimento dessa assistência, que o profissional realiza micro-escolhas a serem geridas e que expõe a singularidade, as dramáticas de uso de si no trabalho da enfermeira. A prática profissional envolve, então, conhecimentos teóricos e técnicos adquiridos por meio de estudos e experiências.

Figura 05 – Enfermeira realizando o aquecimento do membro do recém-nascido



Fonte: dados da pesquisa (2023).

Observa-se também que é necessário decodificar algumas expressões e a intencionalidade dos termos utilizados pelas enfermeiras e observados durante todo trabalho de campo na UTIN. Os termos “veinha”, “mãozinhas” e “pezinhos” surgiram de forma recorrente em todas as etapas de observação e em grande parte das verbalizações durante as autoconfrontações.

Para Muraro e Furlan (2022), quando é aprofundada a relação da palavra e seu sentido, observa-se que elas vão além de meros veículos de comunicação ou representações abstratas de conceitos. As palavras carregam consigo seu próprio sentido, não sendo apenas uma tradução ou uma roupagem para um pensamento, mas sim uma entidade que "*habita as coisas e veicula significações*" (MURARO; FURLAN, 2022, p.8).

Nessa perspectiva, a fala é um gesto semelhante aos demais gestos corporais, convocado por sua essência, sua carga semântica e sua história cultural para se manifestar. Cada palavra utilizada carrega uma teia complexa de significados, associações e emoções que foram acumulados ao longo do tempo. Essa riqueza de sentidos faz com que as palavras sejam capazes de transmitir não apenas informações objetivas, mas também subjetividades, nuances e sutilezas.

Ao afirmar que "*o sentido está enraizado na fala*", reconhece-se que a fala não é apenas um meio de transmitir significados pré-determinados, mas também uma forma de explorar e construir significados (MURARO; FURLAN, 2022, p.8).

Logo, esses termos utilizados no diminutivo vão além de simplesmente se referirem à dimensão corporal dos recém-nascidos prematuros. Essas expressões carregam em si uma carga simbólica e representam a sensibilidade, o cuidado e a atenção minuciosa exigida das enfermeiras, continuamente, ao lidar com esse tipo de paciente.

Ao utilizar essas expressões, as enfermeiras buscam enfatizar a singularidade, a delicadeza e a fragilidade inerentes aos recém-nascidos prematuros, bem como a importância de realizar cada gesto do cuidado com precisão.

A utilização desses termos no diminutivo, também reflete o relacionamento próximo e empático que as enfermeiras estabelecem com os recém-nascidos prematuros. Essa abordagem afetuosa contribui para estabelecer um ambiente de confiança e segurança, onde a comunicação e a interação se tornam mais fluidas.

Essa proximidade proporciona conforto emocional e uma relação terapêutica que vai além dos cuidados técnicos, tanto para os recém-nascidos prematuros quanto para suas famílias, criando um ambiente propício para o desenvolvimento saudável e o bem-estar de todos os envolvidos.

Por meio dessas expressões diminutivas, os profissionais reforçam o vínculo emocional com os recém-nascidos prematuros, transmitindo-lhes uma sensação de segurança, proteção e afeto. Além disso, essa abordagem empática também beneficia as famílias, que se sentem compreendidas, acolhidas e amparadas em um momento delicado de suas vidas.

Por outro lado, é importante destacar também a percepção do tamanho dos recém-nascidos prematuros em relação aos equipamentos utilizados na UTIN, que contribui para uma compreensão mais ampla da complexidade de trabalho das enfermeiras. Os equipamentos médicos utilizados na UTIN, são os mesmos utilizados em uma UTI para adultos e parecem ainda maiores em comparação aos recém-nascidos prematuros. Essa diferença de escala gera uma percepção de que os recém-nascidos são ainda mais frágeis e vulneráveis, e o ambiente da UTIN pode ser percebido como mais intimidante, tanto para os profissionais, quanto para os familiares e visitantes.

Ao aprofundar o contexto da UTIN, é importante reconhecer que a utilização de termos diminutivos pelas enfermeiras na UTIN não é apenas uma escolha linguística casual, mas uma expressão que ressalta a delicadeza dos cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros, onde equipamentos de grande porte coexistem com pacientes tão frágeis. Esse entendimento contribui para uma compreensão mais abrangente do trabalho das enfermeiras na UTIN e da importância de adaptar a abordagem e os cuidados aos recém-nascidos prematuros de forma sensível e precisa.

Nesse sentido, a enfermeira 12 aborda sobre a dificuldade do procedimento, neste perfil de paciente:

[...] a progressão do cateter, é difícil, [...] às vezes você pega uma “veinha” boa, mas precisa introduzir 15/20cm e ele não vai, [...] mas às vezes você tem muita dificuldade mesmo[...] a gente tenta uma, tenta duas vezes, tenta em um membro, tenta em outro, se não conseguir deixar o acesso central, a gente acaba deixando periférico, se não for para uso de drogas vasoativas ou de NPT, você até consegue deixando ele periférico, mas corre o risco dele infiltrar e não ser bom para o paciente, mas dependendo não temos escolha. Fico arrasada quando isso acontece, com sentimento de derrota (ACC1 - Enf 12).

Sob o mesmo ponto de vista, a enfermeira 7 complementa:

não é fácil, pensar que com o meu procedimento esse paciente pode sentir menos ou mais dor, isso causa uma pressão absurda em cima da gente. Mas ao mesmo tempo que sinto muita satisfação quando eu consigo realizar, dá um alívio e um conforto de que estou caminhando certo (ACC1 - Enf 7).

Nestes relatos, é possível perceber não apenas o desempenho das ações profissionais, mas também a entrega das enfermeiras para o serviço e sua capacidade de se apropriar, em parte, do trabalho no qual estão inseridos. As profissionais veem o serviço como algo seu, uma parte de si mesma, e encontram prazer e satisfação ao desempenhá-lo, mesmo diante dos desafios e obstáculos enfrentados.

Essa apropriação do trabalho reflete a importância que as enfermeiras atribuem à sua profissão e vai além do simples ganho econômico ou da obtenção de renda. Para essas profissionais, o trabalho é um elemento que lhes confere identidade e significado. As enfermeiras se enxergam como detentores de um patrimônio, não apenas em termos materiais, mas também em termos de conhecimento, experiência e dedicação.

Ao verem o serviço como algo seu, como um patrimônio, eles se responsabilizam pela qualidade dos cuidados prestados e se esforçam para oferecer o melhor atendimento possível. Compreendem que a sua atuação é fundamental para o bem-estar e a recuperação dos pacientes, e isso os impulsiona a se dedicarem de forma plena.

Segundo Mendes (2014, p.153), o agir em competência é muito profundamente determinado por aquilo que pode valer para a pessoa. O processo de decisão remete também *"ao estado de uma relação entre a pessoa e o meio, no qual lhe é demandado agir"*, o que remete às normas e objetivos com os quais se compartilha, de se apropriar do serviço no qual trabalha, de transformar em patrimônio, do quanto o meio lhe permite agir, do prazer no trabalho.

De acordo com Schwartz (2010, p. 213), *"valer no sentido próprio, como meio de trabalho, isso é, em que medida ela pode fazer de forma que este meio de trabalho seja em parte o seu"*. Essa identificação com o trabalho também se traduz em um senso de orgulho e realização pessoal e reflete o compromisso dessas profissionais em oferecer um cuidado de excelência, mesmo em situações adversas.

Segundo Mendes (2014), *"o caráter complexo das normas antecedentes indica valores – que não se referem apenas a uma dimensão monetária e sim a elementos do bem comum, que são redimensionados nas organizações, nos ambientes de trabalho e na sua relação com o meio externo - em que são também objeto de debates, de conflitos, de arbitragens políticas"*.

As enfermeiras sentem-se gratificados ao verem os resultados positivos de seu trabalho e ao saberem que estão fazendo a diferença na vida das pessoas. Essa gratificação vai além do ganho econômico ou da remuneração, pois está intrinsecamente ligada à própria essência da profissão e ao propósito de cuidar. Essa entrega e dedicação são a base que impulsiona as enfermeiras a superarem desafios, a se atualizarem constantemente e a tornarem-se agentes de transformação na área da saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o cenário da assistência hospitalar tem passado por diversas transformações, especialmente no contexto das UTI.

O surgimento e aprimoramento de recursos terapêuticos e dispositivos tecnológicos sofisticados (como monitores multiparamétricos, incubadoras de última geração, ventiladores mecânicos avançados, sistemas de suporte à vida e dispositivos de monitoramento contínuo) têm influenciado significativamente na mudança do perfil dos pacientes internados, sobretudo na UTI neonatal, pois permite a vigilância mais precisa dos recém-nascidos, a administração de medicamentos de forma mais eficaz e a realização de procedimentos mais complexos, facilitando diagnósticos e intervenções rápidas.

Como resultado, o nível de complexidade da assistência oferecida nesse ambiente tem se elevado, uma vez que estes recursos terapêuticos avançados permitem o suporte vital necessário para os recém-nascidos em estado crítico, aumentando as chances de sobrevivência e recuperação, o que tem trazido desafios adicionais aos profissionais de saúde que atuam nesse setor, ao lidar com casos cada vez mais complexos, que exigem atenção mais intensiva, altamente especializada e treinada por parte de toda equipe de saúde.

Para realizar esta dissertação foi necessário percorrer um caminho de pesquisa no intuito de se compreender a atividade das enfermeiras, a partir da perspectiva ergológica. Para tanto, foram empregadas algumas técnicas e procedimentos metodológicos a fim de se obter uma visão da dimensão micro do trabalho, do ponto de vista de quem trabalha e vivencia a concretude do desenvolvimento do trabalho humano.

A abordagem ergológica, privilegiada na pesquisa, constituiu-se num arcabouço teórico que possibilitou compreender o gesto que explicita o saber investido no corpo-si da enfermeira, além de se fazer revelar a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, foi percorrido o universo das normas antecedentes sobre a atividade de trabalho das enfermeiras. As enfermeiras analisadas estavam inseridas em um contexto normativo, com diretrizes e protocolos específicos que tinham por objetivo estabelecer padrões de qualidade, segurança, bem-estar e efetividade na assistência prestada, fundamentais para orientar a ação das profissionais, direcionar suas escolhas e assegurar a proteção tanto dos pacientes quanto das próprias enfermeiras.

Ao mergulhar nesse universo normativo que abrange o trabalho das enfermeiras foi revelado um trabalho demasiadamente controlado, preciso, constrangido, engessado, descritivo e prescrito em documentos normatizadores que abrangem desde legislações em âmbito federal até prescrições diárias. Estas prescrições têm como nível mais macro o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que orienta, normatiza e fiscaliza o exercício profissional, definindo as responsabilidades e prerrogativas das enfermeiras nessa função.

A etapa documental também revelou as normas orientadoras em nível micro da atividade das enfermeiras, por meio de uma escala de trabalho e protocolos assistenciais que prescrevem todos os procedimentos realizados na UTIN, numa perspectiva de hipertrofia normativa e em busca de se limitar esse profissional de fazer qualquer tipo de escolha.

Ao contrário da estabilidade dos procedimentos operacionais padrão sistematizados na UTIN, como forma de prescrever o conjunto das tarefas a serem executadas, a atividade das enfermeiras emergiu como uma dramática do uso de si, que se desdobrou no uso de si por si mesma e no uso de si pelo outro, algo dinâmico e enigmático a promover uma permanente articulação entre atividades, saberes e valores.

É relevante destacar que as normas são necessárias a qualquer trabalho, no sentido em que orientam a ação, direcionam as escolhas e garantem a segurança dos profissionais e dos pacientes. As normas são sempre insuficientes, sobretudo, quando implementadas na especificidade do setor de serviços, em co-presença, co-participação e simultaneidade, no qual se completa no ato de sua realização, principalmente, no que diz respeito às complexas relações interpessoais e subjetivas que envolvem os trabalhadores, os pacientes e familiares.

Frente à concretude do trabalho humano em toda a sua complexidade e na especificidade da assistência cotidiana analisada, coube à enfermeira vivenciar as dramáticas do uso de si frente às normas antecedentes e de se apropriar do meio, fazendo deste meio seu, como patrimônio, por meio da renormatização em que direcionou e singularizou a sua prática, considerando a singularidade de cada situação e a realização de micro-escolhas geridas permanentemente frente às insuficiências dos instrumentos prescritivos incapazes de anteciper o conjunto das possibilidades presentes e futuras de uma determinada situação de trabalho.

A normatividade no trabalho limitou o espaço para a renormatização, com um certo “encarceramento”, e as possibilidades reais de gestão dos constrangimentos se tornaram mais restritas e, conseqüentemente, ampliou-se o impedimento, fonte de angústia para as trabalhadoras.

É fundamental destacar que a atuação das enfermeiras transcende o simples cumprimento de normas. A experiência acumulada ao longo dos anos de prática clínica, aliada ao aprimoramento das habilidades técnicas e ao conhecimento científico, confere a essas profissionais um vasto repertório de saberes investidos que não devem ser negligenciados. As enfermeiras, analisadas nesta pesquisa, foram capazes de agregar valor à assistência, ofereceram cuidados individualizados e promoveram a humanização nos ambientes de trabalho.

A valorização da experiência e dos saberes dessas enfermeiras é essencial, pois elas possuem conhecimentos capazes de complementar as diretrizes e protocolos estabelecidos. Essa *expertise* pôde contribuir para a identificação de problemas, a busca por soluções inovadoras e a adaptação das práticas assistenciais às necessidades específicas de cada paciente.

Além disso, ficou evidenciado que as enfermeiras estavam, durante a assistência, em contínua avaliação, adaptando e redefinindo suas práticas em busca de melhores resultados e maior eficiência, sendo agentes ativos no processo de renormatização do trabalho. Essa capacidade de renormatização permitiu que a profissional fosse flexível diante das demandas e desafios do cotidiano, em busca de encontrar soluções criativas e eficazes para os problemas enfrentados.

Os resultados foram revelados e apresentados nas seguintes categorias: 1) Normas antecedentes e o vivenciado nas situações singulares de trabalho; 2) O corpo-si; 3) Dramáticas do uso de si, o uso de si por si mesmo e uso de si pelos outros; 4) Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP); 5) Saberes investidos, saberes constituídos ou formais; 6) Gestos no trabalho. A partir de cada categoria, os conceitos foram aprofundados, discutidos e confrontados com as situações apresentadas. Não se teve por objetivo esgotar o debate, mas sim, trazer elementos para suscitar e ampliar as discussões.

É fundamental reconhecer a importância da experiência e dos saberes de cada enfermeira, a fim de se promover uma assistência de qualidade adequada às necessidades de cada paciente. Portanto, investir na valorização dessas profissionais, com oportunidades de desenvolvimento profissional, autonomia e participação nas decisões relacionadas à prática, é fundamental para garantir uma assistência de excelência e alcançar melhores resultados em uma UTIN.

Nesse sentido, torna-se necessária a realização de outras pesquisas com enfermeiras de UTIN, em outros contextos e novos cenários, com a possibilidade de se construir, por meio de metodologias similares ou diferentes, um arcabouço teórico e metodológico capaz de se fazer revelar resultados e construir dados que poderão implementar ações situadas capazes de ampliar

a gestão individual e coletiva do trabalho, em condições concretas de melhoria da qualidade da assistência, da produtividade, da saúde (própria e a do outro) e da segurança.

Como nos diz Schwartz (2000a), a ciência tradicionalmente busca a generalização e, assim, acaba neutralizando as singularidades ligadas à atividade. Como revelado nesta pesquisa, os saberes gerados na atividade são potencialmente uma fonte para a compreensão das situações de trabalho. Por meio da análise situada, a confrontação de saberes se torna uma exigência para compreender e transformar as situações de trabalho e, de certa forma, confrontar e aprofundar os conceitos científicos, colocando-os à prova.

9 PRODUTO

O produto educacional desta pesquisa foi estruturado em formato de e-book, com o objetivo geral de contribuir para aprimorar a atuação das enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no que tange ao procedimento de Inserção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em recém nascidos prematuros e como objetivos específicos; instrumentalizar com conteúdos pedagógicos e reflexivos o fazer do profissional para a Inserção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em recém nascidos prematuros e renormatizar o procedimentos UTIN a partir dos saberes constituídos e dos saberes investidos das trabalhadoras.

O e-book (APÊNDICE D) se baseia em uma sólida fundamentação científica, combinando conhecimentos práticos atualizados para fornecer informações confiáveis e relevantes para os profissionais que atuam em UTI Neonatal.

Os resultados foram construídos a partir de saberes investidos no corpo-si das trabalhadoras participantes na pesquisa, no cotidiano da assistência de uma UTIN. As verbalizações apresentadas pelas enfermeiras participantes da pesquisa de mestrado foram transcritas para o e-book a fim de destacar e transmitir por meio de cada relato as perspectivas, experiências e conhecimentos sobre o PICC. Bem como de reforçar e enfatizar alguns cuidados de enfermagem que para as participantes da pesquisa são fundamentais para garantir o sucesso do procedimento.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L.; SANTOS, A. O.; LIMA JÚNIOR, E. O processo educativo e os modelos de organização fabril: impactos do capitalismo no ensino. In: PREVITALI, F. S. (Org) **Trabalho e educação na reestruturação produtiva do capital**. ED: Navegando, 2022, p. 47-54.
Disponível em:
<https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_9a80a79b22744de7918573b5b1d9252f.pdf>.
- ARRUÉ, A. *et al.* Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM.**, v. 3, n. 1, p. 86–92, 2013. DOI: 10.5902/217976925947. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5947>. Acesso em: 02 julho de 2021.
- BACKES, M. *et al.* O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 689-696, dez. 2012.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2017.
- BACKES, M.; ERDMANN, A.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p.411-8, maio/jun. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-05682570.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.
- BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: _____. **Estética da criação verbal**. Trad. Paulo Bezerra. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 3ª reimp. da 1ª edição, 2016.
- BARROS, D. **Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso**. In: BRAIT, Beth (Org.). Bakhtin: dialogismo e construção de sentido. 2. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2005.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BEZERRA, J.; SILVA, A.; SALUSTIANO, C. Complicações relacionadas ao uso do Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos e crianças nos centros de saúde. **Revista Foco**. Curitiba (PR), v.16, n.6, p. 01-18, 2023. DOI:10.54751/revistafoco.v16n6-014.
- BIANCA, B. *et al.* As proposições teórico-metodológicas de Danièle Kergoat e Helena Hirata. **Política & Trabalho Revista De Ciências Sociais**, n. 53, Jun-Dez, 2020, p. 12-21.
- BRETON, H. Investigação narrativa: entre detalhes e duração. **REPI – Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**, Boa Vista, v. 1, n. 1 (especial), p. 12-22, 2020a. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.18227/2675-3294repi.v1i1.6255>>. Acesso em 10 de janeiro de 2021.
- BRETON, H. Microfenomenologia da vivência no trabalho: da epistemologia ao método. In: TOMASI, T.; ROMAGNOLI, R. (orgs). **Diálogos entre trabalho e educação: desafios contemporâneos**. Belo Horizonte: JA Design, 2020b. p. 107-134.

BORGES, M. Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 7, p. 41-49, 2004.

BORGHESAN, N. *et al.* Cateter venoso central de inserção periférica: práticas da equipe de enfermagem na atenção intensiva neonatal. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.28143>> Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

BRASIL. **Lei nº 7498/86**, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da enfermagem. Publicado no Diário Oficial da União de 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 15 de novembro de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dez de 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 930**, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.htm> Acesso em: 26 de outubro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 895**, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 31 mar 2017.

BRASIL, **Decreto nº 176/ 2021**, de 09 de junho de 2021. Dispõe sobre a intervenção na gestão da Saúde Pública do Município de Contagem. Contagem, 09 jun de 2021b. Disponível em: <https://www.contagem.mg.gov.br/exibicao/legislacao_leitura_livre.php?legislacao=513766> Acesso em: 15 de novembro de 2022.

BRASIL, **Decreto nº 341/ 2021**, de 08 de outubro de 2021. Regulamenta o disposto na Lei Municipal nº 5.178, de 7 de outubro de 2021 que autoriza o Poder Executivo municipal a instituir Serviço Social Autônomo com atuação na área da saúde e dá outras providências. Contagem, 08 out de 2021a. Disponível em: <<https://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/legislacao/dec00341-20211009115743.pdf>> Acesso em: 15 de novembro de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Publicado em 28/03/22. Atualizado em: 01 de Nov de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde reforça campanha para prevenção da prematuridade**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/ministerio-da-saude-reforca-campanha-para-prevencao-da-prematuridade>. Acesso em: 15 de dezembro de 2022.

BRETON, H. **L'enquête narrative, entre durée et détails**. Éducation Permanente, Paris, n. 222, p. 31-43, 2020a.

BRETON, H. **Expression et narration de la vulnérabilité en santé: des modes de donation à l'intégration biographique**. Éducation et Socialisation, n. 57, 2020b. <https://doi.org/10.4000/edso.12496>.

CALVO, D. *et al.* Risk management and the complexity of the right to refuse dangerous work in the context of hospital care: preliminary issues. **WORK - A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation**, v. 67, p. 655-664, 2020.

CALVO, D. *et al.* The complexity and contradictions of the right to refuse to do hazardous work in the Surgical Center of a hospital. **WORK - A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation**, v. 71, p. 761-770, 2022.

CAMELO, S. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, jan.-fev, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>>.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza R. de C. Barrocas e Luiz Otávio F. Barreto. 6. ed. rev., 3 reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 293p., 2010.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CAVALCANTE, O. **A terceirização das relações laborais**. São Paulo: Editora LTr, 1996.

CECÍLIO, L.; MERHY, E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas (SP), 2003. (mimeo).

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2006.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. Portugal. vol. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

COELHO, A. *et al.* **Nursing team and humanized assistance in neonatal UTI.** Reon Facema, v. 49, n. 69, p. 873-877, 2018.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 258/2001**, de 12 de julho de 2001. Trata da inserção de Cateter Periférico Central pelo Enfermeiro. Brasília: COFEN, 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov>.

COFEN - Conselho Federal De Enfermagem. **Parecer COFEN nº 243/2017**, de 27 de outubro de 2017. Normatização do procedimento de inserção, fixação, manutenção e retirada de Cateter Periférico Central por enfermeiro – PICC. atualização In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-cofen-no-2432017_57604.html . Acesso em: 26 de outubro de 2021.

COFEN - Conselho Federal De Enfermagem. **Resolução COFEN nº 557/2017**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Brasília, agosto de 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/index.php?s=557%2F2017>>. Acesso em: 29 de maio de 2022.

COFEN - Conselho Federal De Enfermagem. **Resolução COFEN nº 619/2019**. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html>. Acesso em: 29 de maio de 2022.

COFEN - Conselho Federal De Enfermagem. **Parecer nº 199/2021**. Competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem na execução de cateterismo vesical de alívio e análise referente ao dimensionamento, fiscalização do exercício profissional, demanda de mercado e impacto trabalhista. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-federal-no-199-2021-cofen_95195.html>. Acesso em 29 de maio de 2022.

COLUSSI, C.; PEREIRA, K. (orgs) **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 02 de janeiro de 2023.

COREN/MG - Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Manual do enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem**. Belo Horizonte - MG, 2020. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Manual-do-Enfermeiro-Responsavel-pelo-Servico-de-Enfermagem-2020.pdf> Acesso em 12 de fevereiro de 2023.

COREN/SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo, 2015. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>>

COSTA, P. *et al.* Sítio de inserção e posicionamento da ponta do cateter epicutâneo em neonatos. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 452-457. Out/dez. 2013. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/a4b04c1b-e219-442e-a632->

8896d425bc20/KIMURA,%20A%20F%20doc%2099.pdf>. Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

CUNHA, D. M. **Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho**. In: 30ª Reunião anual da ANPED, 2007, Caxambu. Anped: 30 anos de pesquisa e compromisso social, 2007.

CUNHA, D. M. O enigma da atividade humana convoca clínicas do trabalho. **Periódico Horizontes** – USF – Itatiba, SP, 2021, 25 p.
<<https://doi.org/10.24933/horizontes.v39i1.1267>>.

CUNHA, D. M. Ergologia e psicossociologia do trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 55-64, 2014. DOI: 10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p55-64.

CUNHA, D. A linguagem em perspectiva na experiência de trabalho. In: TOMASI, T.; ROMAGNOLI, R. (orgs). **Diálogos entre trabalho e educação: desafios contemporâneos**. Belo Horizonte: JA Design, p. 135-156, 2020.

DAOLIO, J.; RIGONI, A.; ROBLE, O. Corporeidade: o legado de Marcel Mauss e Maurice Merleau-Ponty. **Rev. Pro-Posições**, v. 23, n. 3, p. 179-193, set-dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/Hhwh5qXY7KmBjYWkM9Rb4gQ/?format=pdf&lang=pt>

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, v.1, 1995.

DIAS, D.; SANTOS, E.; ARANHA, A. Contribuições da ergologia para a análise da atividade de trabalho docente. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 9, n. 1, p. 211-227, 2015.
<<http://dx.doi.org/10.14244/198271991202>>.

DUARTE, G.; ALVES, M. Práxis do ser enfermeira(o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 3, n. 2, p.714-722, mai./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/365>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

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

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400003>> Acesso em 02 de fevereiro de 2021.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2008. DOI: <<https://doi.org/10.4000/laboreal.11665>>.

DU TERTRE, C. Services immatériels et relationnels: intensité du travail et santé. **@ctivités** [Internet]. 2005. v. 2. n. 1. p. 37-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/activites.1567>> Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

DRUCK, G; DUTRA, R; SILVA, S. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Caderno CRH**, v. 32, n. 86, p. 289-306, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518> Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccrh/a/djFJYWDLrSjCyTHJK6TNKCr/>>

ECHTERNACHT, E. Ergologia. In: R Mendes (org.), **Dicionário de saúde e segurança do trabalhador**. São Paulo: Proteção Publicações e Eventos, 2018, p. 467-468.

ECHTERNACHT, E. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para a reflexão a partir da abordagem ergológica. **Laboreal**, v. 4, n. 1. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/laboreal.11772>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

FAÏTA, D.; MAGGI, B. (Org.). **Un débat en analyse du travail: deux méthodes en synergie dans l'étude d'une situation d'enseignement**. Toulouse: Octarès, 2007.

FERREIRA, S.; PENTEADO, M.; SILVA JÚNIOR, M. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 804-814, jul. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300014>

FEUERWERKER, L. (Org). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, 174 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%A Dtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

FRANCO, T; MERHY, E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: MERHY, E; FRANCO, T. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, 151-171p.

FRIGOTTO, G. O trabalho. IN: PEREIRA I. B.; LIMA, J. C. F. (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 258-262.

GAÍVA M. *et al.* Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.** 2018, n. 20, v. 20. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47222>.

GAZZINELLI, M. *et al.* Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da ESF. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 11, p. 553-71, 2013.

GIACOMOZZI, C. *et al.* Venous access indication algorithm for newborns in neonatal intensive care unit. **Cogitare Enferm**, v. 28, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89521>

GOMES, A. *et al.* O uso do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) na Unidade de Terapia Intensiva neonatal: um cuidado de enfermagem. In: Encontro científico de enfermagem do iff/fiocruz, 3., 2010, Rio de Janeiro. **Anais do Encontro Científico de Enfermagem do IFF/FIOCRUZ 2010** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 82-84.

GONDIM, G.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G.; CHRISTÓFARO, M.; MIYASHIRO, G. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

HENNINGTON, E. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.; PENA, P. (orgs). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.

HOLZ, E; BIANCO, M. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAPE.BR**, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Rio de Janeiro, Ago, p. 494-512, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros, Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama> Acesso em: 01 de julho de 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, A.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. (org.). **Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. São Paulo, SP: Boitempo, 2016.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed.5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (orgs). **Les compétences en ergonomie**. France: Octarès Éditions, 2001.

LOPEZ, F. G. (Org.). **Perfil das organizações da sociedade civil no Brasil**. Brasília: Ipea, 2018. 176 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8396/1/Perfil%20das%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20da%20sociedade%20civil%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LÜDKE, M; ANDRE, M. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2 ed. Rio de Janeiro: E.P.U., 2013.

MACHADO, F.; GIONGO, C.; MENDES, J. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 16, n. 36, p. 227-240, ago. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000200007&lng=pt&nrm=iso>.

MACHADO, I. **Gêneros discursivos**. In: BRAIT, B. (Org.). Bakhtin: conceitos-chave. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

MACIEL, A; MEDEIROS, B. A retificação da mão de obra trabalhadora: Um retrato do cenário da exploração do trabalho análogo à escravidão e a terceirização. **Revista Interdisciplinar do Direito** - Faculdade de Direito de Valença, [S. l.], v. 21, n. 1, p. e20232110, 2023. DOI: 10.24859/RID.2023v21n1.1426. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/FDV/article/view/1426>.

MARCONI, M; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARX, K. **O Capital**. Edição resumida por J. BORCHARDT. Tradução de R. A. SCHMIDT. 7 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

MARTIN, C.; GADBOIS, C. A ergonomia no hospital. *In*: FALZON, P. (org.). **Ergonomia**. São Paulo: Ed. Blucher, 2007, p. 519-533.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDU/EDUSP, v. 2. 1974.

MENDES, D. P.; CUNHA, D.M. . La opacidad del trabajo de enfermería y las configuraciones del riesgo. **Salud Colectiva**, v 14, p. 725-742, 2018.

MENDES, D. P. **O agir competente como estratégia de gestão do risco de violência no trabalho**: o ponto de vista da atividade humana do trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica. Tese de Doutorado em Educação - Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

MENEZES DIAS, N. *et al.* Validação de conteúdo de uma tecnologia sobre cateter de inserção periférica em unidades neonatais. **Nursing (São Paulo)**, [S. l.], v. 26, n. 300, p. 9596–9605, 2023. DOI: 10.36489/nursing.2023v26i300p9596-9605.

MERHY, E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Ed. Hucitec. São Paulo, 2013. 308 p.

MERHY, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4 ed. Ed. Hucitec. São Paulo, 2014.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIZUKAMI, M. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo. E.P.U, 1986.

MOREIRA, M; LOPES, J; CARALHO, M (orgs.). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. 564 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/wcgvd>. Acesso em: 15 de junho de 2021.

MOREIRA M; BOMFIM O; LIRENA, J. Esperando um bebê de risco. *In*: MOREIRA M; BRAGA, N; MORSCH, D (orgs.). **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.15-23, 2006.

MUNIZ H.; SANTORUM, K.; FRANCA, M. Corpo-si: a construção do conceito na obra de Yves Schwartz. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.30, n. 2, p.60-77, ago 2018. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5877>

MURARO, J. T.; FURLAN, R. Do gesto à linguagem indireta: a noção de expressão em Merleau-Ponty. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [S. l.], v. 39, 2022. DOI: 10.35699/1676-1669.2022.38180

ODDONE, I. *et al.* **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec. 1986.

OLABUÉNAGA, J. **Metodología de la investigación cualitativa**. 5ed. Bilbao: Univesidad de Deusto, 2012.

OLIVEIRA, B. *et al.* O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial. p. 105-13, Jan/mar 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500012>>. Acesso em 15 de mar de 2021.

OLIVEIRA, S. *et al.* Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematura na unidade de terapia intensiva neonatal. In: **International Nursing Congress**, Anais, p.9-12, 2017.

OLIVEIRA, N. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PEREIRA *et al.* Os impactos da Reforma Trabalhista sobre o trabalho da Enfermagem. **REME - Rev Min Enferm.** 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.39242

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, Abr/jun. 2000. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>> Acesso em 10 de março de 2021.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Annablume; 2008.

PONTES, K. **Dando nó em pingo d'água: os nós da enfermagem em uma unidade neonatal a partir do ponto de vista da atividade**. Tese (Doutorado em Ciências / Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz, 188p, 2014.

PONTES, K. *et al.* O olhar da equipe de enfermagem sobre o trabalho em uma unidade neonatal: uma intervenção com foco na atividade. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v. 45. 2020, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000013218>>. Acesso em: 13 de julho de 2022.

PRETI, D. (org.) (1999) **Análise de textos orais**. 4. ed. São Paulo: Humanitas Publicações FFLCH/USP.

RAMOS, C. *et al.* Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, n. 3, p. 1144-51, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>> Acesso em: 03 de março de 2021.

REIS, C. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: SOUSA, P., MENDES, W., comps. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2nd ed. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, p. 77-110. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

REZENDE, M; CHRISTO, C. O princípio da autoconfrontação na abordagem da Clínica da Atividade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 131-136, maio-ago. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5865>> Acesso em 10 de fevereiro de 2022.

RIBEIRO, J. *et al.* O Prematuro Em Unidade De Terapia Intensiva Neonatal: a Assistência Do Enfermeiro. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 10, 2016.

RIBEIRO, R. *et al.* **Humanização na Unidade de Terapia Intensiva**. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. 2015.

RIBEIRO G., PIRES D., SCHERER M. D. A. Contribuições teórico-metodológicas da ergologia para a pesquisa sobre o trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0163>>. Acesso em 06 de junho de 2021.

RODRIGUES, E., CUNHA, S., GOMES, R. "Perdeu a veia": significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p. 989–999, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400021>. Acesso em 03 de fevereiro de 2023.

ROSA, R. B. *et al.* A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 185-92, 2006.

RUBERTI, K. C.; GELINSKI, C. G.; GUIMARAES, V. N. Análise das relações de trabalho no setor de serviços no contexto da reestruturação produtiva. In: **Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão - SEPEX**, 2004, Florianópolis. 4ª SEPEX. Florianópolis: UFSC, 2004.

RUMMERT, S. M. **Gramsci, trabalho e educação: jovens e adultos pouco escolarizados no Brasil atual**. Lisboa: Educa; Unidade de I&D em Ciências da Educação, 2007.

SANTOS, L.; SCHMIDT, M. Pesquisas empíricas na abordagem ergológica no Brasil no período de 1980 a. 2018. **Trabalho & Educação**. v. 31, n. 1, p. 121-138, jan-abr, 2022. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.35699/2238-037X.2022.29323> Acesso em: 12 de agosto de 2022.

SANTOS, M J. Processos de globalização versus movimentos de concentração e reestruturação produtiva. In: PEREIRA, A *et al.* **Globalizações: novos rumos no mundo do trabalho**. Florianópolis: Ed. da UFSC, SOCIUS, p. 17-41, 2001.

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETI, C. *et al.* (Orgs.) **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

SECCO, I. *et al.* Marcos anatômicos na radiografia para cateter central periférico em neonatos: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**, n. 36, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR00662>

SCHERER, M. *et al.* Contribuições da ergologia para a gestão do trabalho: Entrevista com Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022 <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00336>>.

SILVA, E. *et al.* O território e seus desdobramentos: territorialização, desterritorialização e reterritorialização. In: V CONEDU. Congresso de Educação. [] **Anais**. 2019. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2018/TRABALHO_EV117_MD4_SA16_ID10139_17092018123712.pdf. Acesso em: 02 de janeiro de 2023.

SILVA, E. **O gesto profissional em psiquiatria**: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2016.

SILVA, M. *et al.* A complexidade do trabalho docente à luz da ergologia. **@rquivo Brasileiro de Educação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 15, set-dez, 2018.

SILVA, I. *et al.* Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0369>>. Acesso em 10 de março de 2021.

SILVA, I; SILVA, N. Segurança do paciente no cuidado neonatal: relatando a experiência da aplicação do Arco de Maguerz. **Open Science Research XI**. v. 11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37885/230412850>

SILVA, M.; OLIVEIRA, A. Assistência de enfermagem ao prematuro. **Revista Saúde dos Vales**. v.1, n. 1, 2023 ISSN: 2674-8584. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/230/221>. Acesso em: 02 de junho de 2023.

SILVA, V.; TONON, T. Atuação do enfermeiro no processo da amamentação. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9158>> Acesso em: 06 de junho de 2021.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e valor. Tempo Social. **Revista de Sociologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, out. 1996.

SCHWARTZ, Y. Entrevista. **Revista Reflexão & Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 1, 2013, p. 327-340. <https://doi.org/10.17058/rea.v21i1.3742>

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez, 2000a.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Revista Proposições**, Campinas (Unicamp), v. 11, p 34-50, jul., 2000b.

SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Fiocruz, v. 2, n. 1, mar. 2004.

SCHWARTZ, Y. Entrevista Yves Schwartz. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, set. 2006.

SCHWARTZ, Y. Técnicas e Competências. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF. 2010, p.85-102.

SCHWARTZ, Y. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 37 - 46.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19 - 45, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HTF7DtBVhZfgVZXqhkPX4Mx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 de agosto de 2022.

SCHWARTZ, Y. Motivações de conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul/set. 2014.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 187-204.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. 1. ed. Niterói: EdUFF, 2010.

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015.

SOARES, A. **Experimentações corporais e produção de outros modos de subjetivação no dispositivo educação em saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, p. 172. 2017.

SOUZA, L. *et al.* Propedêuticas assertivas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na Inserção do Cateter Central de Inserção Periférica realizado por enfermeiros. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**. v.4, n.1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.2440>

SOUZA, M.; MARTINS, C. RIZOMAS DO FAZER EM SAÚDE NA REDE HUMANIZASUS. **Cadernos da Pedagogia**, v. 15, n. 31, p. 9-16, Jan-Abr/2021.

TEODORO, E.; SANTOS, R. Trabalho como princípio educativo na educação profissional. **Revista de Ciências Humanas**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/3896>>. Acesso em: 06 jun. 2021.

TESSARINI JUNIOR, G.; SALTORATO, P.; ROSA, K. A flexibilização do trabalho como regra no capitalismo: conceituação e proposições teórico-analíticas. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, RJ, 2022. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/86736>. Acesso em: 29 ago 2022.

TOFANI, *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e Produção de cuidado. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 761-776, jul-set 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213412

TORRES, A. **Integração e flexibilidade**: o novo paradigma nas organizações. São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1994.

TRAJANO, A. **O trabalho no Samu e a humanização do SUS**: saberes atividade-valores Tese - (Doutorado) - Universidade Federal de Minas, Faculdade de Educação UFMG/FaE, 2012, 166f.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, SP, v. 10, n. 38 e, p. 93–113, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.20396/rho.v10i38e.8639753>> Acesso em 01 de março de 2021.

VERÍSSIMO, M. **O saber investido pela atividade de trabalho no “corpo-si”**: a experiência de escrita dos trabalhadores estudantes de uma indústria no Brasil. 2010. 238 p. Tese (Doutorado em Filosofia). Institut d’Ergologie. Aix-Marseille Université, Aix-en-Provence, 2010.

VERÍSSIMO, M. Elementos para construção da noção de saber investido. **Trabalho & Educação**. Belo Horizonte, v. 24, n.2, p. 295-313, mai-ago, 2015.

VILAR, A *et al.* Ultrassonografia Intervencionista para implantação e monitoramento de cateter venoso central de inserção periférica: scoping review. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50366>> Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

VILLAR, V.; MARTINS, M.; RABELLO, E. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. **Saúde debate Rio de Janeiro**, v. 46, n. 135, p. 1174-1186, out-dez 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213516>

ZARIFIAN, P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. (Org). **Relação de Serviço**: produção e avaliação. São Paulo: Editora do SENAC, 2001. p.67-93.

WEIL, M.; TANG, W. From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. **Am J Respir. Crit. Care Med.**, California, v. 182, n. 11, p.1451-1453, 2011.

WISNER, Alan. **Por dentro do trabalho**: ergonomia: método e técnica. São Paulo: FTD, Oboré, 1987.

WHO (World Health Organization). **Relatório da coalizão global: UNICEF e OMS.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/81878>. Acesso em: 12 de janeiro de 2022.

APÊNDICE A – ARTIGO PUBLICADO EM REVISTA CIENTÍFICA

A formação em enfermagem e o trabalho em uma uti neonatal: uma revisão de literatura a partir da perspectiva ergológica

Working in a neonatal intensive care unit and nursing training: a literature review from the ergological perspective

Juliana Cristina de Lima Mendes[1]; Davidson Passos Mendes[2]; Mariana Veríssimo[3]

RESUMO: Esse artigo buscou compreender as contribuições da abordagem ergológica para a formação e o trabalho da enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir da busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados virtuais da Biblioteca Virtual em Saúde - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e banco de dados da PubMed. Os seguintes descritores foram utilizados: “Terapia Intensiva Neonatal”, “enfermagem”, “ergologia”, “normas antecedentes” e “dramáticas dos usos de si”. Ao final das buscas, seis artigos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram selecionados para compor o estudo. Diante dos achados, percebeu-se que os profissionais de enfermagem estão inseridos em um meio complexo, no qual convivem com situações que extrapolam os problemas clínicos, muitas vezes distintos e contraditórios, sendo necessária uma gestão das dramáticas dos usos de si por si e pelos outros. Apesar das condições muitas vezes desfavoráveis, os trabalhadores em enfermagem reorganizam para corresponderem às necessidades do meio sempre infiel e manutenção da saúde. Este estudo corrobora para se compreender as contribuições da ergologia para a formação e o trabalho da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foi apontado ainda que há, sobretudo, que se intensificar e aprofundar os estudos sobre a formação e o trabalho desses profissionais que atuam nestas unidades para enfrentar os riscos aos quais se submetem cotidianamente, considerando as peculiaridades e fragilidades da clientela que depende desse serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Ergologia; Formação.

ABSTRACT: This article sought to understand the contributions of the ergological approach to the training and work of nursing in a Neonatal Intensive Care Unit. This is an integrative literature review, carried out from the search for scientific publications indexed in the virtual databases, of the Virtual Health Library - Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) and PubMed database. The following descriptors were used: “Neonatal Intensive Care”, “nursing”, “ergology”, “antecedent norms” and “dramatics of the uses of self”. At the end of the searches, six articles met the eligibility criteria and were selected for the study. In view of the findings, it was perceived that nursing professionals are inserted in a complex environment, in which they live with situations that go far beyond clinical problems, which are often distinct and contradictory, requiring management of the uses of self. Despite the often unfavorable conditions, nursing workers restandardize to meet the needs of the always unfaithful environment and preserve their health. This study corroborates to reflect on the contributions of ergology to the training and work of nursing in the Neonatal Intensive Care Unit. It was also pointed out that, above all, there is a need to intensify and deepen studies on the training and work of these professionals who work in these units to face the risks to which they are subjected daily, considering the peculiarities and weaknesses of the clientele that depend on this service.

KEYWORDS: Nursing; Ergology; Training.

1. INTRODUÇÃO

A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de muitas expectativas e mudanças profundas na vida de toda família. Ao longo do período gravídico é comum uma mãe

idealizar um bebê saudável, a termo e imaginar a aparência do seu bebê: cor dos olhos, cabelos, semelhanças do pai, semelhanças dos avós (MOREIRA, 2006).

Segundo, El-Aouar (2016), o nascimento de um bebê prematuro é um acontecimento disruptivo, no qual as expectativas geradas no período gravídico são frustradas. Sentimentos de angústia, medo da perda e insegurança diante da condição do filho e da própria condição de mãe, são reações vivenciadas diante da experiência de se tornar mãe de um recém-nascido (RN) com capacidades interativas diminuídas e fisicamente distanciado das idealizadas anteriormente (EL-AOUAR, 2016; MOREIRA, 2006).

Esses bebês de alto risco, prematuros e de baixo peso devido à sua condição clínica, ao nascerem, precisam de cuidados especiais, com planejamento e infraestrutura assistencial adequados para internação e tratamento especializados, sendo transferidos imediatamente, após o nascimento, para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente reservado, com uma estrutura física diferenciada das outras Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), com metodologia e filosofia de atendimento particular (MOREIRA, 2006), destinado à internação e tratamento de bebês de 0 a 28 dias, em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (COFEN, 2017).

Oliveira (2006) retrata que a UTIN é considerada, atualmente, como um dos setores de maior especialização do cuidado dispensado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde. A realidade das máquinas, no dia-a-dia da terapia intensiva neonatal é hoje uma espécie de marco referencial, de forma que tem sido difícil pensar nessas unidades sem a presença desses equipamentos.

Os equipamentos, os ruídos dos alarmes, as luzes piscando, as incubadoras, o volume da aparelhagem e suas fiações ligadas aos bebês a todo momento, a internação prolongada, permanência dos pais 24 horas na Unidade e as mudanças clínicas dos bebês a todo momento, são situações rotineiras neste ambiente, o que causa ansiedade na família, nos pacientes e até mesmo nos profissionais que ali trabalham.

O recém-nascido, que se encontra em estado crítico, é atendido nesta unidade, dependente, frágil e tem a saúde instável, o que requer um cuidado específico, exigindo dos profissionais que ali atuam, treinamento, perspicácia e sensibilidade para propiciar uma assistência segura e de qualidade. Assim, a UTIN se mostra como um ambiente em que o cuidado deve estar para além da realização de tarefas técnicas e científicas. Ou seja, exige um olhar para a totalidade de todos os envolvidos na experiência de cuidado de um bebê gravemente doente.

Camelo (2012) afirma que a enfermagem representa, em termos quantitativos, uma parcela significativa do capital humano presente nas instituições hospitalares, estando ao lado do recém-nascido vinte e quatro horas por dia, realizando e participando de todo o cuidado assistencial. As características específicas dessa clientela conduzem este profissional à construção de um saber e um fazer específicos, que dotam o profissional dessa área de habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

Esses profissionais são confrontados, diariamente, com questões relacionadas à morte do paciente e sofrimento dos familiares, podendo ser potencializadas pela organização do trabalho, a saber, jornadas prolongadas e ou dupla de serviço, ritmo acelerado, descanso inapropriado ou falta de descanso ao longo do dia, intensa responsabilidade na realização de tarefas para um paciente que não

expressa suas angústias, irritações e medos, além de equipamentos, materiais e medicamentos insuficientes (OLIVEIRA, 2006).

Corrochel, et al. (2021) enfatizam ainda que, apesar de todos os avanços tecnológicos para prestar o cuidado neonatal, o trabalhador da área da enfermagem deve ser altamente especializado e ter habilidade para se comunicar, resolver problemas, organizar o ambiente de trabalho e avaliar criticamente o cuidado e as tecnologias usadas, assegurando assim, resultados positivos para o recém-nascido e seus familiares durante o tempo crítico de permanência no hospital.

As pesquisas e avanços sobre os tratamentos, procedimentos e cuidados oferecidos à clientela neonatal têm sido amplamente abordados por pesquisadores, porém, Gomes (2011) afirma que há muito o que se considerar no que diz respeito à saúde dos trabalhadores destas Unidades, ao sofrimento, ao processo de trabalho e às condições de trabalho a que estão submetidos.

Dessa forma, ainda que as situações vivenciadas pelos trabalhadores pareçam desafiadoras, adversas e desfavoráveis, os trabalhadores sempre fazem a gestão neste contexto, ou seja, escolhem uma forma para fazer o que deve ser feito, desenvolvendo habilidades para lidar com os inúmeros desafios vivenciados, atribuindo sentidos pessoais e valores ao trabalho.

Pensando sobre este aspecto, a abordagem ergológica torna-se um importante instrumento para desvelar o trabalho desse profissional frente à complexidade que é a UTIN, para melhor intervir e conhecer as situações de trabalho e, assim, transformá-las (SCHWARTZ, 2010b), considerando a particularidade e especificidade envolvida no cuidado dispensado ao paciente recém-nascido prematuro.

Objetiva-se, portanto, com este artigo, compreender as contribuições da abordagem ergológica para a formação e trabalho da enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Diante do exposto, procedeu-se com uma revisão integrativa de literatura, o que possibilitou identificar o conhecimento já construído em pesquisas anteriores, que usam a abordagem ergológica, para evidenciar o trabalho dos profissionais de enfermagem no cuidado intensivo com o recém-nascido prematuro.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização deste artigo, adotou-se como método a revisão bibliográfica sistemática, caracterizada por seguir protocolos específicos, com foco na reprodutibilidade por outros pesquisadores, no qual as bases de dados bibliográficos que foram consultadas são apresentadas de forma explícita, bem como as estratégias de busca empregadas em cada base, o processo de seleção dos artigos científicos, os critérios de inclusão e exclusão dos artigos e o processo de análise de cada artigo (GALVÃO; RICARTE, 2019).

A revisão sistemática deve ser exaustiva, ou seja, deve englobar o maior número de estudos relevantes sobre a temática abordada. Para tanto, é necessário a elaboração rigorosa de uma estratégia de pesquisa que seja capaz de encontrar todas as publicações potencialmente relevantes. Quanto mais apurada a busca e a seleção de estudos, menor o risco de viés de publicação e mais fidedigna é a revisão (DONATO; DONATO, 2019).

Trata-se ainda de uma revisão integrativa de literatura que, conforme o proposto por Botelho, Cunha e Macedo (2011), sintetiza o passado da literatura empírica ou teórica já publicados, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados por pesquisas anteriores.

Como o indicado pelos mesmos autores Botelho, Cunha e Macedo, 2011, a revisão sistemática possui uma sequência de etapas já pré-definidas, com uma metodologia específica, técnicas padronizadas, passíveis de serem reproduzidas. A revisão, portanto, seguiu os procedimentos indicados por Botelho, Cunha e Macedo (2011), conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Etapas da revisão sistemática.

<p>Etapa 1: Identificação e delimitação do tema e seleção da questão da pesquisa</p> <p>Delineado o interesse inicial em revisar estudos sobre a contribuição da abordagem ergológica para o trabalho da enfermagem em uma Unidade Neonatal.</p> <p>Definição da questão de pesquisa: Qual a contribuição da abordagem ergológica para a formação e trabalho dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?</p>
<p>Etapa 2: Estabelecimento das palavras chaves e dos critérios de inclusão e exclusão</p> <p>Definição das palavras-chave: “Terapia Intensiva Neonatal”, “enfermagem”, “ergologia”, “normas antecedentes”, “dramáticas do uso de si” e suas respectivas traduções em inglês, espanhol e francês.</p> <p>As palavras-chave “Terapia Intensiva Neonatal” e “enfermagem” foram estabelecidos, mediante consulta na página eletrônica DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde. Já as palavras “normas antecedentes”, “dramáticas do uso de si” não se configuram como descritores padrão, porém, são de fundamental importância para atingir os objetivos deste artigo.</p> <p>Já o emprego dos descritores “Terapia Intensiva Neonatal” e “enfermagem” se deu devido a uma escolha e tentativa de encontrar o maior número de estudos sobre a temática e o trabalho no campo terapia intensiva neonatal, visto que este é o foco central deste trabalho e da possibilidade de delimitar, a partir daí, para o trabalho do enfermeiro.</p> <p>Estratégias de busca a partir da utilização das palavras-chave combinadas através do operador booleano AND Terapia Intensiva Neonatal AND enfermagem AND ergologia; Terapia Intensiva Neonatal AND enfermagem AND normas antecedentes; Terapia Intensiva Neonatal AND enfermagem AND dramáticas do uso de si.</p> <p>Procedimentos de busca e de inclusão de estudos: A pesquisa bibliográfica seguiu os padrões analítico-descritivos e a produção de dados foi realizada por meio de buscas de periódicos indexados, em bases nacionais e internacionais da área da saúde. As buscas pelos estudos foram compreendidas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, indexados nas bases de dados virtuais do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e banco de dados da PubMed.</p> <p>Artigos científicos contendo os descritores e/ou temas relacionados ao campo pesquisado; Estudos publicados nos idiomas português, inglês, espanhol ou francês; Artigos publicados entre os anos de 2011 a 2021; Artigos disponíveis integralmente nas bases de dados.</p> <p>Resultados iniciais: 20 estudos foram identificados.</p>
<p>Etapa 3: Identificação dos Estudos pré-selecionados e selecionados</p> <p>Procedimentos de exclusão, após a busca inicial: 14 artigos excluídos, conforme detalhamento.</p> <p>Publicações disponíveis parcialmente nas bases de dados empregadas. Exclusão de 01 artigo; Estudos fora do recorte temporal estabelecido. Exclusão de 0 artigo; Leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave dos artigos. Exclusão de 06 estudos que não estavam em conformidade com o escopo desta revisão de literatura e que analisaram uma atividade que não se enquadra ao campo e/ou sujeito pesquisado; Estudos que não estejam em formato de artigo. Exclusão de 02 teses; Identificação dos artigos repetidos entre as bases de dados utilizadas. Exclusão de 05 artigos; Seleção de periódicos conforme classificação <i>Qualis</i> CAPES (dez/2019) na área de Educação, Enfermagem ou Interdisciplinar, estando de acordo com o escopo da pesquisa. As classificações mantidas foram A e B. Exclusão de 0 artigo.</p> <p>Resultado final: 06 artigos selecionados para a revisão.</p>
<p>Etapa 4: Categorização dos estudos selecionados</p>

Procedimentos: Separação de artigos teóricos e empíricos (cada grupo com a sua matriz de síntese); Leitura dos artigos na íntegra; Elaboração de uma tabela/matriz de síntese (via Microsoft Word) com as informações: referência, palavras-chave, temática e objeto, lente teórica, objetivo, problemáticas discutidas, argumentos e achados; Análise crítica dos estudos com a criação de categorias e agrupamentos (abordagem ergológica).
Etapa 5: Análise e Interpretação dos resultados
Identificação das principais contribuições da abordagem ergológica para o trabalho da enfermagem em uma Unidade Neonatal; Discussão e análise dos dados, incluindo sucintamente o enfrentamento frente às problemáticas identificadas.
Etapa 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento
Descrição das fases da revisão, de forma criteriosa e apresentação dos principais resultados obtidos.

Fonte: Elaborado pelos autores conforme as etapas de revisão sugeridas por Botelho, Cunha e Macedo (2011).

Após os critérios de elegibilidade pré-determinados, esta revisão sistemática englobou 06 artigos que estavam em conformidade com o objetivo e escopo da pesquisa. A pesquisa bibliográfica foi compreendida nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, indexados nas bases de dados virtuais do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e banco de dados da PubMed, sendo excluídas duas teses, que apesar de serem relevantes e pertinentes, não seriam possíveis de serem lidas na íntegra e categorizadas conforme a classificação Qualis CAPES.

Optou-se por trabalhar três categorias a partir da perspectiva ergológica: 1) A distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; 2) Ergogestão do trabalho da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; 3) Saberes investidos e o trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Os artigos selecionados foram categorizados seguindo a estrutura por área, periódicos, autores e data de publicação e classificação Qualis CAPES, sendo selecionados os periódicos classificados em A e B, de forma interdisciplinar, envolvendo as áreas de Educação e Enfermagem. As informações obtidas, seguem no quadro 2 com as principais informações.

Quadro 2 – Artigos selecionados

Área	Periódico	Classificação Qualis CAPES	Autores e Data de Publicação
Ciências da Saúde, Ciências Humanas	Physis Revista de Saúde Coletiva	B1 (EDU) B1 (INT) B2 (ENF)	Masson, Brito e Athayde (2011)
Ciências da Saúde	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	S/c (EDU) B2 (ENF) B2 (INT)	Pontes, Oliveira, Gomes, Rotemberg (2020)

Ciências da Saúde, Ciências Humanas	Trabalho, Educação e Saúde	A2 (EDU) B2 (ENF) B1(INT)	Gomes, Masson, Brito e Athayde (2011)
Ciências da Saúde, Ciências Humanas	Revista Ciência & Saúde Coletiva	A1(EDU) B1 (ENF) B1(INT)	Silva, Moreira (2015)
Ciências Humanas e Sociais	Revista Laboreal	B3 (EDU) S/c (ENF) B2 (INT)	Masson, Gomes, Brito (2015)
Ciências da Saúde, Ciências Humanas, Ciências Sociais	Revista de Saúde Coletiva da UEFS	S/c (EDU) B5 (ENF) B5 (INT)	Alamonica, Oliveira, Machado 2016

Legenda: (ENF) – Enfermagem, (EDU) Educação e (INT) Interdisciplinar; S/c - Sem classificação para a área, conforme *Qualis* CAPES (Quadriênio 2013-2016).

Fonte: Elaborado pelos autores

Os artigos selecionados seguiram a divisão em estudos teóricos e estudos empíricos. Dentre eles: um artigo foi classificado como estudo teórico, de revisão bibliográfica, seguindo com a temática: o uso da ferramenta metodológica, “Encontros sobre o Trabalho”, para compreender - transformar a relação saúde-trabalho de profissionais de enfermagem (MASSON; GOMES; BRITO, 2015).

Quanto aos estudos que fazem pesquisas empíricas, cinco foram caracterizados como, de natureza qualitativa, seguindo as temáticas: as condições de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de nível fundamental e médio (MASSON; BRITO; ATHAYDE, 2011); às relações entre trabalho e saúde da equipe de enfermagem (PONTES et al., 2020); competências requeridas/desenvolvidas no trabalho das auxiliares de enfermagem e a articulação com a saúde dos trabalhadores (GOMES et al., 2011); significado do trabalho em equipe dentro da complexidade de uma Unidade Neonatal (SILVA; MOREIRA, 2015); implantação da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) para vigilância em saúde do trabalhador (ALAMONICA; OLIVEIRA; MACHADO, 2016).

Em relação à distinção nos estudos sobre as categorias profissionais da enfermagem: foram selecionados dois que contemplam o profissional de enfermagem de nível fundamental e médio e quatro que discorrem sobre a equipe de enfermagem de forma geral, e nenhum estudo que aborda o trabalho do profissional enfermeiro de forma distinta.

3.1.1 O trabalho prescrito e o trabalho real da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A atividade humana é sempre um debate entre as normas antecedentes e as normatizações reveladas a partir da interpretação e compreensão do trabalho prescrito, baseadas nos valores e escolhas de cada trabalhador. Cada trabalhador, segundo Schwartz (2010b), tem uma forma singular de realizar determinado trabalho ou tarefa, mesmo em um ambiente de trabalho, como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde há uma hipertrofia de normas em que as prescrições das tarefas são mais rigorosas e pormenorizadas.

Os estudos empíricos de Masson, Brito e Athayde (2011); Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020); Silva e Moreira (2015) e Alamonica, Oliveira e Machado (2016) abordam o trabalho prescrito e a sua relação com o trabalho da enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, cada um analisando o cotidiano da assistência em seu próprio local de análise.

Masson, Brito e Athayde (2011) consideram que o trabalho que os auxiliares de enfermagem realizam, exige uma polivalência (ou plasticidade), com atribuição para as mais diversas funções, que vão além da prescrição. Os autores explicam que diante das variabilidades e dos equívocos e/ou inconformidades encontrados na prescrição, os trabalhadores efetuam regulações, ajustes, desvios, em relação às normas antecedentes, visando atingir os objetivos almejados, com menos desgaste físico e mental. Para dar conta das exigências do trabalho, os auxiliares de enfermagem fazem usos de si, não apenas segundo as determinações exteriores (“uso de si pelos outros”), mas também seguindo suas próprias lógicas (“uso de si por si”). Com esse entendimento, o estudo reafirma que o trabalho se transforma permanentemente pela atuação dos seus protagonistas.

Silva e Moreira (2015) também discorrem sobre o trabalho prescrito e a sua relação com o trabalho da equipe de enfermagem. Segundo os autores, o processo de cuidar faz referência a um coletivo real que difere do coletivo prescrito, pois o encontro do sujeito é sempre singular. Os autores consideram o caráter enigmático e imprevisível do trabalho em saúde, em função da impossibilidade de se definir com quem cada profissional irá interagir e quem fará parte da equipe de trabalho. O encontro e a comunicação são fatores que dificultam o trabalho neste ambiente, devido a peculiaridade do paciente e característica da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que visa o máximo de silêncio e mínimo no trânsito de pessoas na unidade, revelando assim, fragmentação e descontinuidade das ações e decisões individuais. Os autores discutem as tecnologias do trabalho em saúde, salientando que é no eixo das tecnologias leves que se situam os processos de negociação, a arte do diálogo e da conquista para a adesão aos processos técnicos e aos protocolos e que também é nesse eixo que se identificam os maiores dilemas na conformação do trabalho em saúde.

O trabalho como “uso de si”, das suas capacidades na execução de suas tarefas, pode ser “uso de si por si” e, também, “uso de si pelos outros”, à medida que o local de trabalho é reconhecido como meio de negociação.

O estudo de Alamonica, Oliveira e Machado (2016) contempla o trabalho num movimento de dupla antecipação. A primeira, relacionada às normas antecedentes, apresentadas para o trabalhador para a realização da sua tarefa e, a segunda antecipação, ocorre no encontro com o meio, onde há um retrabalho das normas antecedentes em virtude da constatação, pelos trabalhadores, da insuficiência das primeiras antecipações para compreender os processos reais do trabalho. Os autores discorrem que ao mesmo tempo em que o trabalhador é o protagonista da tarefa, ele submete-se a algumas normas anteriores e também às transformam para delas se apropriar.

Nessa mesma perspectiva, buscando ampliar o conhecimento dos aspectos invisíveis do trabalho, Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020), tomaram como base de estudo a perspectiva ergológica e contribuições da Psicodinâmica do Trabalho, para demonstrar a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, da equipe de enfermagem. Segundo os autores, a distância pode ser observada nas tarefas mais simples, consideradas por Christophe Dejours em sua obra: *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho “como de mera execução”* (PONTES; OLIVEIRA; GOMES; ROTEMBERG, 2020, p. 3).

Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020), relatam que para realizar o trabalho, os profissionais de enfermagem dão “nós em pingo d’água”, ou seja, diante das adversidades relacionadas às condições de trabalho desfavoráveis, ainda assim, conseguem desenvolver suas tarefas, realizar o trabalho e produzir o cuidado, sejam essas adversidades de ordem ambiental, relacional ou organizacional. Os profissionais dão sempre um “jeitinho” para fazer o que deve ser feito, desenvolvendo habilidades para lidar com inúmeros desafios no aqui e agora.

Os autores relatam como “nós”, a superlotação da unidade que envolve sobrecarga de trabalho para a equipe e quantitativo de pessoal, afirmam o “jeitinho” a partir da impossibilidade de não dar conta do que se pede, principalmente por estar lidando com vidas. Outro “nó” abordado pelos autores é a questão do trabalho em equipe, pois requer um engajamento dos trabalhadores para a superação de desafios decorrentes da ausência de um trabalhador. Por envolver vários sujeitos no processo de trabalho, as chances de conflito na unidade são maiores, provocando um entrave nas relações, pois cada trabalhador traz os seus valores para o debate. Há, ainda, que evidenciar o cuidado com a criança pediátrica como outro “nó” que necessita do “jeitinho” peculiar da equipe neonatal. Com a evolução das tecnologias, a complexidade do cuidado terapêutico foi modificada, devido a mudança do perfil dos pacientes e sobrevivência dos recém-nascidos, sobressaindo as peculiaridades na assistência ao recém-nascido e à criança pediátrica. Nestas situações a criança permanece até oito meses de vida na unidade devido à falta de vagas na enfermagem pediátrica, o que exemplifica a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, no qual a prescrição objetiva o cuidado neonatal e o real abrange o cuidado pediátrico (PONTES; OLIVEIRA; GOMES; ROTEMBERG, 2020, grifos dos autores).

Os quatro artigos abordados nesta seção, evidenciam a complexidade, a peculiaridade e a especificidade do trabalho da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Neonatal. Percebe-se com os estudos de Alamonica, Oliveira e Machado (2016); Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020), que o trabalho prescrito é colocado pela organização do trabalho, com suas normas, regras e outros detalhes sobre como o trabalho deve ser executado. Porém, o trabalho é realizado pelo trabalhador, protagonista ativo do processo produtivo, que no encontro com o meio, situação real de trabalho, se depara com uma variabilidade de eventos não previsíveis ou identificados. Para gerir estas variabilidades encontradas, o trabalhador se regula, alterando os modos de fazer o trabalho, fazendo do meio seu, apropriando-se dele e trazendo também as suas marcas, valores e história ao realizar o trabalho. O trabalhador ao constatar insuficiência na prescrição e nas normas antecedentes, renormatiza. Essa renormatização acontece no desencontro entre os valores que permeiam os valores da organização, as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores (PONTES, 2014).

Duraffourg, Duc e Durrive (2010) consideram que os valores atravessam o micro da atividade - é através do fazer que se tem acesso aos valores depositados pelo trabalhador ao trabalhar. Os valores são os parâmetros que farão com que o trabalhador opte por determinada conduta, fazendo uso de si por si e pelos outros.

3.1.2 Ergogestão do trabalho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Os profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal têm se deparado, cada vez mais, com a incorporação de tecnologias inovadoras no ambiente de trabalho que têm como finalidade salvar e prolongar a vida dos pacientes recém-nascidos em risco iminente de morte. Porém, o ambiente hospitalar também tem sofrido o impacto com as formas atuais de organização do trabalho, a saber: aumento de produtividade, precarização do trabalho, diminuição de postos de trabalho, rotatividade, dentre outros.

A partir desse contexto, os estudos empíricos de Masson, Brito e Athayde (2011); Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020) e Silva e Moreira (2015) discutiram a organização do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Segundo Masson, Brito e Athayde (2011), o cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, requer observação contínua (do bebê, da mãe e a sua relação com o bebê) e uma forte mobilização do

corpo-si do trabalhador. A superlotação, sobrecarga de trabalho, ruídos em excesso, atenção contínua e problemas com materiais utilizados no trabalho (escassez e/ou má qualidade) são problemas vivenciados rotineiramente neste ambiente de trabalho, exigindo dos profissionais, a todo momento, renormatizações, além de trazerem riscos subjetivos, menos palpáveis e mais invisíveis à saúde desses profissionais.

O estudo de Silva e Moreira (2015), abordam a degeneração dos vínculos, destituição dos direitos dos trabalhadores, precarização das condições de trabalho, dificuldade na organização e relações sociais de trabalho em conformidade com a gestão: os maiores problemas neste universo da Terapia Intensiva Neonatal. Os autores discutem que, a partir do trabalho real, pode-se pensar em prevenção, gerenciamento e competência em espaços organizacionais que funcionam com hierarquia, autoritarismo, imposição e o máximo de normatização possível.

Apesar dos avanços tecnológicos, Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020) relatam que o trabalhador de enfermagem é indispensável no cuidado aos pacientes. Os autores afirmam que o cuidar, muitas vezes, não é perceptível porque não resulta em produto e, sim, em prestação de serviço. “O resultado do cuidado é no corpo de outra pessoa e as respostas dependerão de cada um em particular e de tempo para visualizar esses resultados” (PONTES; OLIVEIRA; GOMES; ROTEMBERG, 2020, p. 2).

A divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, somados aos objetivos e metas da instituição, o prazo curto para realização das tarefas, frente ao paciente em risco iminente de morte e às inúmeras tarefas a se cumprir, podem levar à repercussões sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Vocci, et al. (2021) afirmam que os enfermeiros que trabalham em terapia intensiva passam por situações peculiares que podem favorecer o surgimento de inúmeras vulnerabilidades. Sob o referencial da ergologia os autores agruparam as vulnerabilidades em: risco físico; aspectos emocionais; de comunicação; processo de cuidar e organizacional, sendo a estrutura organizacional o núcleo de intersecção que perpassa por todas as outras vulnerabilidades. Os autores citam principalmente as vulnerabilidades relacionadas às más condições de trabalho; aos fatores psicológicos; à carga mental; às dores no corpo; à rotina de trabalho estressante e aos erros profissionais. Além desses fatores: a falta de orientação ao enfrentar situações de morte, recursos humanos e materiais insuficientes, falta de organização no trabalho, despreparo para a evolução tecnológica e, principalmente, o conflito de relacionamento entre os profissionais e a instituição são principais desencadeadores para um ambiente estressante. As relações no ambiente de trabalho associado ao declínio da saúde mental, segundo Vocci, et al. (2021), pode aumentar o erro, uma vez que pacientes gravemente enfermos recebem consideravelmente mais procedimentos que os admitidos nas unidades de cuidados gerais, constatando que a instituição empregadora tem uma grande contribuição para o desgaste profissional e desenvolvimento de vulnerabilidades no trabalho.

Os artigos abordados nos fazem refletir sobre a importância dada às questões relacionadas à organização do trabalho pelos profissionais de enfermagem. Apenas três estudos abordam a temática e, mesmo assim, são trabalhados de forma sucinta. Tratando do trabalho da equipe de enfermagem, neste ambiente, é urgente pensar e refletir sobre o impacto das teorias atuais de organização do trabalho, exemplificadas no modelo sueco e japonês de produção e nas maneiras de se organizar o trabalho.

3.1.3 Saberes investidos e o trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Aproximar o trabalho dos diferentes moldes acadêmicos já instituídos tornou-se imperativo diante da necessidade de construir um acesso mais específico e rigoroso frente às mudanças tecnológicas e as transformações no mundo do trabalho. A partir desse contexto, os estudos empíricos de Masson, Brito e Athayde (2011); Gomes, Masson, Brito e Athayde (2011); Silva e Moreira (2015); Alamonica, Oliveira e Machado (2016) e Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020) bem como, o estudo reflexivo de Masson, Gomes e Brito (2015), apresentam o constante vai-e-vem entre saberes constituídos sobre o trabalho e os saberes investidos dos trabalhadores no mundo do trabalho, com foco no ponto de vista do trabalhador sobre o trabalho.

A riqueza do trabalho, como experiência e o desconforto intelectual são questões discutidas por Masson, Brito e Athayde (2011). Os autores afirmam que os saberes foram testados e validados no decorrer da pesquisa, pelo Dispositivo Dinâmico de 3 Polos (DD3P)[4], o que possibilitou abordar o trabalho a partir de um encontro fecundo entre saberes da experiência (do coletivo de auxiliares de enfermagem) e conhecimentos estabilizados/disciplinares (baseados na pesquisa científica). A investigação permitiu a construção e a validação de hipóteses sobre a relação entre as condições de trabalho, a dimensão relacional da tarefa e a saúde de auxiliares de enfermagem em uma UTIN.

Pontes, Oliveira, Gomes e Rotemberg (2020) também usaram o DD3P para proporcionar um diálogo - debate sobre a atividade humana, reunindo os saberes disciplinares e os saberes dos protagonistas do trabalho, interessados no encontro/confronto entre conhecimento e experiência. Eles buscaram abordar as situações de trabalho em suas singularidades. Os autores salientam a riqueza da experiência ao se trabalhar com a equipe de enfermagem, considerando o patrimônio que o grupo detém e o quanto tem a ensinar sobre as situações de trabalho. O DD3P possibilitou descortinar as nuances do trabalho sob um ângulo diferente daquele que vê o trabalho apenas como a execução de procedimentos.

O estudo de Gomes, Masson, Brito e Athayde (2011) utilizou o dispositivo de intervenção ergológico Grupo de Encontros sobre o Trabalho - GET para dialogar, sistematicamente, com o coletivo de trabalhadoras a propósito de temas pertinentes ao seu trabalho, às ações que desenvolvem, permitindo uma confrontação sinérgica entre os saberes científicos e saberes da prática, o que resultou em uma compreensão conjunta sobre o meio de trabalho, considerando-se as características próprias de cada forma de processar o conhecimento. Os autores destacam que o GET permitiu que os participantes se fortalecessem para convocar saberes formais e reconvocá-los/validá-los, alimentando incessantemente novas perspectivas para o debate.

Silva e Moreira (2015) pesquisaram a integração das equipes partindo para o campo dos valores não dimensionáveis tais como, diálogo entre as competências e a capacidade de entender a autonomia como relação entre os saberes profissionais, a autonomia na escolha da melhor prática, da técnica mais adequada, dos limites de sua ação face à necessidade do usuário.

Alamonica, Oliveira e Machado (2016) analisaram, em sua pesquisa, o emprego combinado, em uma UTIN, do Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços (INSATS), Grupo de Encontros sobre o Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa - CAP, baseados na perspectiva ergológica. Esses instrumentos se mostraram dispositivos potenciais por permitir, por meio da valorização da experiência, ampliar a vitalidade dos coletivos de trabalho e os recursos para a ação, a partir de um diálogo permanente entre pesquisadores e protagonistas do trabalho, o que propiciou o desenvolvimento de ambos os saberes, na medida em que outros discursos e sentidos sobre a tarefa realizada puderam ser elaborados.

Masson, Gomes e Brito (2015) discutiram o uso da ferramenta metodológica, Grupo de Encontros sobre o Trabalho, colocando em prática o DD3P na perspectiva de transformar positivamente o trabalho, permitindo a interlocução entre os dois polos de saberes relativos ao trabalho humano – os saberes constituídos, gerados por diversas disciplinas e campos de conhecimento e os saberes investidos no corpo-si porque constituídos nas vivências dos trabalhadores. A instauração do terceiro polo do dispositivo (ético-epistêmico) é o que garante o diálogo respeitoso e produtivo entre os outros dois polos. Na pesquisa, os autores destacam a construção de um novo olhar sobre as questões relacionadas à saúde e ao trabalho. As abordagens, a participação e até mesmo a linguagem, aos poucos, foram se transformando, assim como as interações proporcionadas pelo DD3P instrumentalizaram os trabalhadores, possibilitando maior profundidade nas discussões. Isso evidenciou que a continuidade do Grupo de Encontros sobre o Trabalho colabora para a produção de conhecimentos bem como para a formação e o desenvolvimento do coletivo de trabalho. Os autores afirmam com esta pesquisa que o debate sobre a formação no trabalho não caminha na perspectiva da transformação no sentido da adaptação das pessoas às condições de trabalho dadas, mas para a transformação dos meios de trabalho pelas pessoas que trabalham.

As tarefas a serem executadas no trabalho de enfermagem não podem ser totalmente antecipadas pelas prescrições nem pelas normas antecedentes. O trabalhador tem saberes investidos em seu corpo-si, constituídos na sua história singular ao longo da vida, transformados pelas experiências e pelo convívio social, que interagem com as situações vivenciadas no momento presente sujeitos a serem reforçados, reprocessados e retrabalhados (SCHWARTZ, 2010a; 2010b; 2011).

Para Veríssimo (2015), o saber investido caracteriza-se como um saber que pode ser relacionado ao instinto. Entretanto é um saber construído pelo corpo humano em todas as dimensões possíveis. É o que sustenta o pensamento em aderência, escondido no corpo-si de cada pessoa. O saber investido é impulsionado a partir de uma ação desencadeada internamente (esforço intelectual, mas não só visto que o corpo age em conjunto), que gera novos saberes investidos que impulsionam e estimulam o corpo-si, provocando movimentos de debates entre saberes antecedentes e a tentativa de reelaboração parcial de novos saberes.

A ergologia utiliza o DD3P, para articular os conceitos, a dimensão histórica da situação de trabalho e o debate de valores (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010). Com o objetivo de colocar em prática o DD3P, os Grupos de Encontros do Trabalho, segundo Durrive (2010), devem ser a metodologia utilizada. O DD3P irá favorecer os debates e compreensões sobre a maneira como cada pessoa se comporta no trabalho, promovendo um diálogo a respeito do distanciamento sempre persistente entre o que se pede (normas, prescrição) e o que é exigido (o que leva o trabalhador a retrabalhar essa norma, a renormatizá-la). Os trabalhadores a partir daí são potencializados a negociar seu lugar num trabalho coletivo, para aprender com a experiência, antecipar eficazmente os problemas a serem resolvidos, transmitir o que o confronto com o real ensina (DURRIVE, 2010).

3.1.4 A formação dos profissionais de enfermagem

A equipe de enfermagem é composta, em um ambiente hospitalar, por um grupo heterogêneo de profissionais com formação universitária composto por enfermeiros/as e por profissionais cuja formação é de nível médio e fundamental, como os técnicos e auxiliares de enfermagem, respectivamente. Esses profissionais, inscritos no Conselho Regional de Enfermagem, em suas respectivas regiões (BRASIL, 1986;1987), desenvolvem ações diferenciadas na equipe, com salários e articulações sociais diferenciadas. Para a habilitação e funcionamento de uma Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal, segundo Brasil (1986; 1987), o enfermeiro e o técnico, respeitados os respectivos graus de habilitação, são os profissionais de enfermagem que fazem parte da equipe multiprofissional.

Apenas o estudo de Silva e Moreira (2015) discutem a formação, a organização do trabalho, a distância entre a formação e a atuação e entre o trabalho prescrito e o trabalho real vivido no dia-a-dia desses trabalhadores.

No processo de formação profissional o enfoque é dado as especificidades de cada profissão, sem demonstrar que a prática na área da saúde é permeada por vários processos de trabalho que se cruzam e se complementam. O campo da saúde constitui-se de um território de teorias e práticas relacionadas entre o conhecimento científico e os processos de saúde e doença de pessoas individuais e coletivas. A formação dos profissionais de enfermagem é construída com base no diálogo entre o saber constituído, produzido pela ciência, e o saber investido pouco discutido e valorado nos cursos, bem como pelos profissionais de enfermagem nos locais de trabalho.

A abordagem tradicional, observada nos processos formativos dos profissionais de saúde, com ênfase no adocimento se caracteriza pela verticalização das relações, pela postura passiva dos estudantes, por conhecimentos pouco significativos, distantes da realidade e em desaderência em relação aos saberes investidos. Se caracteriza também pela falta de consideração do perfil de profissionais que se busca formar.

O trabalho em saúde coloca em debate uma diversidade de valores, normas, fontes e, de prescrições, em que a produção do cuidado é exercida de uma forma rígida, sendo necessário estabelecer prioridades entre elas, ocasionando uma permanente tensão entre princípios, regras, modelos, formação técnico-científica e recursos disponíveis. O profissional de enfermagem a todo momento convoca seu poder "criador" necessário ao cuidado em saúde. Isso possibilita mudanças estruturais na produção do cuidado, evidenciando a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, ou seja, aquele que acontece efetivamente no aqui e agora, com uma certa obediência às normas e uma dose de transgressão para se responder às exigências do meio infiel e aos imprevistos que surgem no aqui e agora.

Discutir a formação dos profissionais em enfermagem e os processos de trabalho convida a se manter atento àquilo que acontece, no tempo e espaço onde se realiza o trabalho, no agir aqui e agora dos trabalhadores ao realizarem as tarefas em um meio infiel e em um contexto que apresenta sempre outras possibilidades e necessidade de se cumprir a norma ao realizar a tarefa, de problematização e de construção de saberes investidos. Pensar a formação dos profissionais de enfermagem convoca a buscar nas experiências anteriores o sentido da situação vivenciada e a se lançar para outras conexões possíveis de serem identificadas, trabalhadas e retrabalhadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo objetivou compreender as contribuições da abordagem ergológica para a formação e trabalho da enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por meio do método de revisão integrativa da literatura, conforme indicado pelos autores Botelho, Cunha e Macedo (2011). A revisão integrativa da literatura permitiu aos pesquisadores se aproximarem da problemática proposta, traçando um panorama, síntese e análise sobre as produções científicas, sobre o tema investigado.

A área da saúde tem sido tema de intensas discussões, principalmente atreladas às profundas e intensas transformações no mundo contemporâneo e precarização do trabalho. Ou seja, estudar o trabalho da equipe de enfermagem, nessa conjuntura, faz-se necessário e pertinente. Esta pesquisa alcançou o objetivo proposto e fornece um panorama do que vem sendo estudado atualmente sobre a

formação e o trabalho da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Neonatal, sob a perspectiva teórico-analítica da ergologia, contribuindo, assim, para a construção do conhecimento sobre a temática, por meio da revisão de literatura, considerando seis artigos selecionados.

Os resultados evidenciam as principais discussões realizadas no campo da enfermagem sob a perspectiva da abordagem ergológica, as quais foram agrupadas neste estudo nas temáticas: a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; ergogestão do trabalho da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e saberes investidos e o trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Percebe-se os mesmos autores discutindo o tema em artigos distintos, o que demonstra a necessidade de uma ampliação da discussão em outros campos, com alargamento do debate e olhar de outros pesquisadores. A proposta desse artigo foi levantar e provocar o tema para discussão, porém é uma possibilidade que não se encerra com este texto.

Os resultados demonstram que é urgente e necessário o esforço dos pesquisadores no sentido de realizarem estudos e pesquisas na área da enfermagem bem como da formação desse profissional, no cotidiano da assistência, frente aos riscos reais vividos e as (im)possibilidades de gestão da própria saúde do profissional, da qualidade da assistência e da produtividade e, especificamente, novos estudos que abordem a formação do profissional enfermeiro que atua nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, com aprofundamento do tema.

REFERÊNCIAS

- ALAMONICA, R.; OLIVEIRA, S.; MACHADO, J. H. Uma proposta de dispositivo de vigilância em saúde do trabalhador para o serviço público a partir da atividade. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 6, n. 1, p. 31-37, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v6i1.1083>>.
- ATHAYDE, M.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.; BRITO, J. Intervenção e pesquisa em Psicologia: uma postura ergológica. In Bendassolli, P., & Soboll, L., A. (Orgs.). **Métodos de pesquisa e intervenção em Psicologia do Trabalho**. Clínicas do Trabalho (pp. 129-157). São Paulo: Editora Atlas, 2014.
- BOTELHO, L.; CUNHA, C.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>>.
- BRASIL. Lei nº 7498/86 de 25 de junho de 1986. **Regulamenta o exercício da enfermagem**. Publicado no Diário Oficial da União de 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 08 de junho de 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 58. p.** Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.
- BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. **Rev. Educação, Saúde e Trabalho**, v. 1, n. 2, p. 63-89, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000200005>>.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7 ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 288p, 2011.

- CAMELO, S. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, jan.-fev, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>>.
- CARVALHO, W.; DINIZ, E.; CECCON, M. E.; KREBS, V. L.; VAZ, F. **Neonatologia**. 2 ed, Manole. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 5438/2017 de 12 de maio de 2017**. Estabelece na forma de resolução os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html> Acesso em: 26 de outubro de 2021.
- CORROCHEL, I. Tecnologia, humanização e bioética: percepções de enfermeiras que atuam no cuidado intensivo neonatal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20500>>.
- DONATO, H; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Med Port**. v. 32, n. 3, mar, p. 227-235, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.20344/amp.11923>>.
- DURAFFOURG, J.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010. p.47-87.
- DURRIVE, L. Pistas para o ergoformador animar os encontros sobre o trabalho. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: UFF, 2010. p. 309-318.
- EL-ALOUAR, I. **Tornando-se mãe de um bebê prematuro: a emergência de significados de maternidade a partir da experiência de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ambulatório do Método Mãe Canguru**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2016.
- GALVÃO, M.; RICARTE, I. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion: Filosofia da Informação**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.21728/logcion.2019v6n1.p57-73>>.
- GOMES, L. **Trabalhar em UTI neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.
- GOMES, L.; MASSON, L.; BRITO, J.; ATHAYDE, M. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. **Trab. Educ. saúde**. v. 9, n. 1, p 137-156. 2011. <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400007>>.
- MOREIRA, M.; BOMFIM, O.; LLERENA JÚNIOR, J. Esperando um bebê de risco. In: MOREIRA M., NINA, A.; MORSCH, D. (orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.15-23, 2006.
- MASSON, L; BRITO, J.; ATHAYDE, M. Dimensão relacional da atividade de cuidado e condições de trabalho de auxiliares de enfermagem em uma Unidade Neonatal. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 879-898, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300007>>.
- MASSON, L.; GOMES, L.; BRITO, J. Encontros sobre o trabalho: reflexões sobre o uso desta ferramenta metodológica em pesquisas em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais. **Rev. Laboreal**. v. 11, n. 1. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.4000/laboreal.4021>>.
- OLIVEIRA, B; LOPES, T. A.; VIEIRA, C. S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial. p. 105-113, jan/mar 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500012>>.
- PONTES, K.; OLIVEIRA, S.; GOMES, L.; ROTENBERG, L. O olhar da equipe de enfermagem sobre o trabalho em uma unidade neonatal: uma intervenção com foco na atividade. **Rev. bras. saúde ocup**. n. 45, e. 12, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000013218>>.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, P.; SOBOLL, LIS, A. (orgs). **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011, p 132-166.

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

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

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

SILVA, E.; MOREIRA, M. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciênc. saúde colet.** v. 20, n. 10, p. 3033–3042, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.20622014>>.

VERÍSSIMO, M. Elementos para construção da noção de saber investido. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 295–313, mai-ago, 2016. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9444/6738>>. Acesso em 13 março de 2021.

VOCCI, M.; GALLO, I.; SPIRI, W.; BORGATO, M.; FONTES, C. Vulnerabilities of nurses in an intensive care unit: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n. 3, 6 p., 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0724>>.

[1] Especialista em Trauma, Urgência e Emergência pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (2011), Mestranda no Mestrado Profissional Educação e Docência pela Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Contagem, Minas Gerais.

[2] Professor associado da Universidade Federal de Itajubá. Doutor em Educação. Professor permanente do Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade – DTECs UNIFEI.

[3] Professora Adjunto IV no Departamento de Educação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Doutora em Filosofia - Epistemologia e História da Filosofia - pela Aix-Marseille Université, França (2010). Colaboradora no Mestrado Profissional Educação e Docência da Universidade Federal de Minas Gerais.

[4] Dispositivo Dinâmico de Três Polos- DD3P é um método de implementação do GET representado por um triângulo e em cada ângulo se localiza um polo de saberes.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO

CATETERISMO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM NASCIDOS PREMATUROS: uma contribuição para a formação do enfermeiro para atuar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Pesquisadores:

Juliana Cristina de Lima Mendes
Prof. Mariana Vertissimo S. de Aguiar e Silva

Código de Identificação do voluntário: _____

Instruções:

- Marque as quadriculas, apenas com "X";
- Para as perguntas "abertas", gentileza responder com clareza.

1. PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

1.1 - SEXO:

- 1- Feminino 2- Masculino 3- Não Informado

1.2 - IDADE: _____

1.3 - ESTADO CIVIL:

- 1- Solteiro(a) 2- Casado(a) 3- Divorciado(a) 4- Viúvo(a)

1.4 - TEM FILHOS?

- 1- Não 2- Sim. Quantos: _____

1.5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

1.6 - TEMPO (ANOS) DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO(A): _____

1.7 - FORMAÇÃO

- 1- Especialização em outra área Lato sensu
2- Especialização em Terapia Intensiva Neonatal/ Pediátrica ou Residência na área
3- Mestrado
4- Doutorado
5- Outros _____

2. CONDIÇÕES DE TRABALHO

2.1 - TEMPO (ANOS) DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO: _____

2.2 - VÍNCULO DE TRABALHO NESTA INSTITUIÇÃO:

- 1- Coletaista 2- Efetivo 3- Contrato

2.3 - TURNO DE TRABALHO:

- 1- Diurno 2- Noturno 3- diurno e noturno

2.4 JORNADA DE TRABALHO:

- 1- Diarista (08h)
2- Plantão 12x36
3- Plantão 12x60
4- Plantão 12x72
5- Plantão 24h semanal (02 plantões de 12h)

2.5. POSSUI OUTRO VÍNCULO DE TRABALHO?

- 1- Não 2- Sim. Carga horária semanal? _____

2.6. VOCÊ REALIZA INSERÇÃO DE PICC (Cateter Central de Inserção Periférica)?

- 1- Não 2- Sim

3. ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

3.1- POSSUI CERTIFICADO DE HABILITAÇÃO EM CATETER CENTRAL DE PUNÇÃO PERIFÉRICA?

- 1- Não

2 - Sim

3.5- REALIZOU OUTROS CURSOS PARA ATUAR NA UTI NEONATAL DESTA INSTITUIÇÃO?

1- Não

2- Sim. Qual tipo? _____

3.6- A INSTITUIÇÃO FORNECE MOMENTOS DE CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO/RODA DE CONVERSA/PALESTRAS PARA OS ENFERMEIROS DA UTI NEONATAL?

1- Não

2- Sim. Frequência? _____

4. AMBIENTE DE TRABALHO (UTI NEONATAL)

4.1- COMO VOCÊ CONSIDERA A CARGA FÍSICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO? _____

1 - Suportável 2 - Baixo 3 - Elevado 4 - Insuportável

4.2- COMO VOCÊ CONSIDERA A CARGA PSÍQUICA (MENTAL) DO TRABALHO DO ENFERMEIRO? _____

1 - Suportável 2 - Baixo 3 - Elevado 4 - Insuportável

4.3- VOCÊ CONSIDERA TER AUTONOMIA EM SEU LOCAL DE TRABALHO?

1- Não

2- Sim

4.4- VOCÊ SENTE ALGUM DESGASTE NA RELAÇÃO EMOCIONAL ENTRE:

1. Enfermeiro/a - Enfermeiro/a

2. Enfermeiro/a - Médico

3. Enfermeiro/a - Técnico de Enfermagem

4. Enfermeiro/a - Pacientes/Família

5. Enfermeiro/a - Coordenação

6. Efetivo - Contratado

4.5- VOCÊ SENTE SOBRECARGA NO TRABALHO E/OU SOBRECARGA COM AS RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO ENFERMEIRO NA UTI NEONATAL?

1- Não

2- Sim

4.6- AS 12 HORAS DE TRABALHO SÃO SUFICIENTES PARA REALIZAR TODAS AS AÇÕES PRESCRITAS PARA A FUNÇÃO DO ENFERMEIRO DA UTI NEONATAL?

1- Não

2- Sim

4.7- PARA OS ITENS ABAIXO, ASSINALE, SE FOR O CASO, DE QUE FORMA O SEU AMBIENTE DE TRABALHO SE TORNA AMEAÇADOR, RESPONDA DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA:

1 - NUNCA 2 - ÀS VEZES 3 - FREQUENTEMENTE 4 - SEMPRE

1 - ___ VIOLÊNCIA

2 - ___ MUDANÇA DE SETOR

3 - ___ DIMINUIÇÃO/AUMENTO DE CARGA HORÁRIA

4 - ___ ASSÉDIO MORAL

5 - ___ AVALIAÇÃO HIERÁRQUICA

6 - ___ EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTOS DE PRAZOS

7 - ___ OUTRO. ESPECIFIQUE

5. SAÚDE FÍSICA E MENTAL

5.1 - PASSOU POR TRATAMENTO MÉDICO EM FUNÇÃO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

- 1- SIM, QUAIS,
- INSÔNIA
 - NERVOSISMO
 - DOR DE ESTÔMAGO
 - CANSAÇO FÍSICO E MENTAL
 - DOR NAS COSTAS
 - DOR NOS BRAÇOS
 - ESQUECIMENTO
 - PRESSÃO ALTA

- 2- NÃO

OUTROS? _____

5.2 - QUE SENSACIONES VOCÊ TEM QUANDO PENSA E/ OU FALA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A SEGUINTE ESCALA:

- RAIVA
 - ALEGRIA
 - ABANDONO
 - FRUSTRAÇÃO
 - IMPOTÊNCIA
 - SATISFAÇÃO
 - TRISTEZA
 - COMPROMISSO
 - CONTRIBUIÇÃO
 - PODER
 - INSEGURANÇA
 - DÚVIDA
 - DEVER CUMPRIDO
 - RECONHECIMENTO
 - ESPERANÇA
 - PRAZER
 - OUTRO? ESPECIFIQUE _____
-
-

5.3 - VOCÊ FAZ USO DE MEDICAMENTO?

- 1- SIM

- 2- NÃO

QUAIS? _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada "CATETERISMO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM NASCIDOS PREMATUROS: uma contribuição para a formação do enfermeiro para atuar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal", que faz parte do curso de Mestrado em Educação e Docência – PROMESTRE, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, e é orientada pela Profª Dra. Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva.

O objetivo principal da pesquisa é compreender o gesto que explicita o saber investido no corpo-si do enfermeiro que o permite preencher a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Já, os objetivos específicos são: identificar os constrangimentos enfrentados para gerir as demandas apresentadas, a clínica a ser estabelecida, a gestão da própria saúde e a do paciente; revelar os saberes e valores investidos (singular e coletivamente) no corpo dos enfermeiros, no cotidiano da assistência em uma UTIN; verificar o saber investido no gesto do enfermeiro ao realizar o procedimento de Inserção de Catéter Venoso Central de Inserção Periférica em um recém-nascido prematuro.

A participação do (a) Sr. (a) é muito importante para que se possa compreender as escolhas, os objetivos e os saberes necessários para realização do cuidado na assistência ao neonato. A pesquisa não tem por objetivo avaliar as condutas assumidas, a melhor forma de agir no trabalho, mas como as ações são realizadas frente aos objetivos da organização e do sujeito individual e coletivo.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de no mínimo um ano; plantão diurno e/ou noturno; enfermeiros efetivos, contratados e coletistas. O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: ocupar cargos de férias na UTIN (profissionais que cobrem férias) e os enfermeiros que estiverem em período de gozo de férias.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS

A pesquisa será realizada no Centro Materno Infantil Juventina Paula de Jesus, no município de Contagem. O recorte necessário para o aprofundamento metodológico será feito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por meio de observação geral, preenchimento de questionário, observação sistematizada e análise da tarefa (coleta de verbalizações – simultâneas).

Instrumentação

A pesquisa será apresentada a todos os (as) enfermeiros (as) da unidade, bem como os objetivos e a proposta metodológica do estudo. Será deixado no setor uma pasta com a cópia do projeto, a aprovação do comitê de ética em Pesquisa da UFMG e o contato da pesquisadora para acesso de todo, assim como documento para que todos coloquem as disponibilidades de horários. Serão utilizados lápis e um caderno de campo para as anotações em todas as etapas da pesquisa.

A primeira etapa consistirá em observação geral das situações do cotidiano, espaço de trabalho e análise organizacional visando a compreensão da singularidade dos contextos produtivos. Nesta fase o Sr (a) será convidado (a) a preencher um questionário com questões abertas e fechadas acerca de aspectos relacionados a sua vida social e econômica, do ambiente e das condições de trabalho.

Rubrica do Pesquisador Responsável: _____

Rubrica do Participante da Pesquisa: _____

A **segunda etapa** contemplará o acompanhamento da pesquisadora no preenchimento do questionário pelos (as) enfermeiros (as), no local de atuação do profissional, em horário previamente definidos, individualmente.

A **terceira etapa** terá como foco as observações sistemáticas e análise da tarefa. Após o levantamento das tarefas realizadas pelo (a) enfermeiro (a) e identificação do procedimento a ser observado, serão feitas observações sistemáticas e análise da atividade humana de trabalho e do curso da ação.

Em relação a análise da tarefa, não cabe a esta pesquisa discutir as técnicas utilizadas e/ou realizadas pelos enfermeiros na Unidade ou interferir nas normas e protocolos da Instituição, seja ele o Cateterismo Venoso Central de Inserção Periférica (PICC), procedimento proposto pelas pesquisadoras para observação, ou de qualquer outro procedimento ou tarefa realizada pelo (a) enfermeiro (a).

O procedimento de PICC foi sugerido para observação, por ser um procedimento privativo do (a) enfermeiro (a) habilitado (a), que demanda mais tempo, conhecimento e qualificação e/ou capacitação do profissional, não impedindo que os demais procedimentos realizados pelo enfermeiro (a) sejam observados pelas pesquisadoras.

Neste aspecto, os procedimentos adotados consistirão em observação da atividade em situação real de trabalho e coleta de verbalizações simultâneas.

As observações ocorrerão em diversos momentos em função da variabilidade e complexidade próprias do contexto hospitalar.

Riscos

Os principais riscos de participação nesta pesquisa são: desconforto, emoção ou constrangimento durante o preenchimento do questionário e/ou devido à presença da pesquisadora no contexto produtivo; não compreensão das perguntas acerca dos levantamentos a serem indagados, sobrecarga de atividades. Caso ocorra, se necessário, as observações e levantamentos serão interrompidos, cautelas e providências serão empregadas pela pesquisadora para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições adversas. Responder a esta pesquisa não envolverá quaisquer riscos significativos ao (a) Sr (a), além da expressão da sua opinião. Não será cobrada ou pedida informação que o (a) Sr (a), não concorde em fornecer.

Os riscos associados a essa pesquisa serão controlados por meio da confidencialidade dos dados. O (a) Sr (a), terá uma identificação numérica e, assim, não será exposta a sua identidade. Somente as pesquisadoras terão uma associação nome/número com o fim, somente, de se evitar a duplicidade da coleta dos dados. O objetivo do trabalho é avaliar o processo produtivo e não pessoas individualizadas. Os dados serão organizados por meio de processos de validação e fornecidos a você. Faremos todos os esclarecimentos que você achar necessários em qualquer momento da pesquisa. As pesquisadoras comprometem-se a não interferir nos processos de atendimento a serem executados pelo profissional participante, mantendo-se a uma distância apenas para observação das atividades desenvolvidas.

Benefícios

O (a) Sr (a) e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados deste estudo. As análises

Rubrica do Pesquisador Responsável: _____

Rubrica do Participante da Pesquisa : _____

de trabalho realizadas têm, por consequência, a produção dos saberes sobre o trabalho humano. Por meio da pesquisa, práticas e saberes da população trabalhadora poderão ser reconfiguradas e valorizadas, como também a contribuição para a produção de conhecimento e, futuramente, auxiliar no processo de melhoria contínua no processo de trabalho e formação dos (as) enfermeiros (as).

Sigilo e Confidencialidade

As pesquisadoras irão tratar a identidade do (a) Sr. (a) com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que os materiais (questionários e verbalizações) ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Para manter a sua confidencialidade, o (a) Sr. (a) terá uma identificação numérica não sendo assim exposta a sua identidade. Os únicos que terão acesso à sua identificação serão as pesquisadoras.

Solicitamos também a autorização do Sr (a) para apresentar os resultados deste estudo em eventos nas áreas de educação, trabalho e saúde, e, publicação em revista científica nacional e/ou internacional. Informamos que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e por ocasião da publicação dos resultados.

O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar

O (A) Sr (a), como voluntário, pode recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo.

Pagamento e despesa

Para participar desta pesquisa o (a) Sr. (a) não terá qualquer tipo de despesa e não receberá remuneração por sua participação. No entanto, o (a) Sr(a) poderá ter direito a ressarcimento em casos que demandem despesas com transporte, ou demore tempo suficiente que resulte em necessidade de alimentação e que estejam relacionados à sua participação na pesquisa. Para qualquer dano decorrente da participação nesta pesquisa será garantida a indenização por meio do acompanhamento médico/ hospitalar que se fizer necessário.

Rubrica do Pesquisador Responsável: _____

Rubrica do Participante da Pesquisa : _____

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu _____, portador do CPF _____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico (_____) e e-mail _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo: "CATETERISMO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM NASCIDOS PREMATUROS: uma contribuição para a formação do enfermeiro para atuar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal", de maneira clara e detalhada com tempo suficiente para considerar a informação acima e oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Caso surja alguma dúvida quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, o(a) Sr.(a) poderá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, bem como, também, dos demais membros responsáveis pela pesquisa, que estarão a disposição para saná-las. Declaro que, deste modo, voluntariamente, concordo em participar desse estudo. Solicitamos a rubrica em todas as páginas com assinatura e data nas duas vias originais deste termo de consentimento. O (A) Sr (a) receberá uma das vias para se us registros e a outra será arquivada pelo responsável pela pesquisa.

Pesquisadora: Juliana Cristina de Lima Mendes

Professora orientadora: Dra. Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva

Universidade Federal de Minas Gerais – FAE/UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 – sala 1503 – Pampulha CEP: 31270-901- Belo Horizonte - Minas Gerais

CEP/UFMG - Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coop@cepq.ufmg.br. Tel: 31-34094592

Contagem _____ de _____ de _____ de 2022

Assinatura do Participante

Juliana Cristina de Lima Mendes
Orientanda - Tel: (31) 982645482

Profª Mariana Veríssimo S. A. e Silva
Professora orientadora - Tel: (31) 983020838

APÊNDICE D – PRODUTO



Este e-book é o resultado da pesquisa de mestrado "O SABER INVESTIDO NO CORPO-SI: uma contribuição para a formação da enfermeira que atua em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal" realizada no Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, linha de pesquisa "Trabalho e educação" orientado pela professora Dr^a Mariana Veríssimo Soares de Aguiar e Silva.

Para garantir a qualidade e a confiabilidade das informações apresentadas, foram realizadas pesquisas, consultas a estudos clínicos e análise das melhores práticas disponíveis no âmbito acadêmico e profissional.

O e-book foi cuidadosamente elaborado, levando em consideração as evidências científicas mais recentes e relevantes.

Além disso, o processo de criação do e-book contou com a participação ativa e contribuições valiosas das profissionais da área, cujas experiências e perspectivas enriqueceram o conteúdo final.

Dessa forma, o e-book se baseia em uma sólida fundamentação científica, combinando conhecimentos práticos atualizados para fornecer informações confiáveis e relevantes para os profissionais que atuam em UTI Neonatal.

Os resultados foram construídos a partir de saberes investidos no corpo-si dos trabalhadores participantes na pesquisa, no cotidiano da assistência de uma UTIN.

Somente na última década, as relações pedagógicas têm sido abordadas e discutidas pela enfermagem como um processo que envolve a formação, capacitação e interação social, ocorrida no contexto de trabalho e impregnados de saberes

de cada profissional e do coletivo.

Discutir o trabalho da enfermeira ao realizar a tarefa de PICC em uma Unidade Neonatal se faz necessário, pois envolve uma característica específica e peculiar de clientela e, conforme Moreira (2004), conduzem o profissional à construção de um saber e um fazer específico, que dotam o trabalhador dessa área de habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

Percebe-se, portanto, a importância de se discutir a formação no trabalho, a organização do trabalho e o trabalho real das enfermeiras que atuam em UTIN.

É um convite para o profissional manter-se atento(a) àquilo que acontece, que o toca quando está em um contexto que agrega outras possibilidades de problematização e saberes.

O profissional é convocado a buscar nas experiências anteriores ao sentido da situação vivenciada e a se lançar para outras conexões possíveis de serem identificadas e trabalhadas.

As verbalizações apresentadas pelas enfermeiras participantes da pesquisa de mestrado foram transcritas para este e-book a fim de destacar e transmitir por meio de cada relato as perspectivas, experiências e conhecimentos sobre o PICC.

Bem como de reforçar e enfatizar alguns cuidados de enfermagem que para as participantes da pesquisa são fundamentais para garantir o sucesso do procedimento.

05

01 OBJETIVOS

02 O QUE É O PICC

03 INDICAÇÃO

04 MATERIAIS NECESSÁRIOS

05 IMPLANTAÇÃO

06 O GESTO PROFISSIONAL

07 CONSIDERAÇÕES FINAIS

08 REFERÊNCIAS

SUMÁRIO

06

01

OBJETIVO GERAL

Contribuir para aprimorar a atuação das enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no que tange ao procedimento de Inserção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em recém nascidos prematuros;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Instrumentalizar com conteúdos pedagógicos e reflexivos o fazer do profissional para a Inserção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em recém nascidos prematuros;

Renormatizar o procedimentos UTIN a partir dos saberes constituídos e dos saberes investidos dos trabalhadores.

02

O QUE É PICC?

08

O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC - no inglês, "Peripherally Inserted Central Catheter") é um cateter longo e flexível, inserido através de uma veia periférica que, por meio de uma agulha introdutora, progride até a veia cava superior ou veia cava inferior, adquirindo dessa forma propriedades de um acesso venoso central.

Considerado uma tecnologia inovadora, possibilita uma ampla terapia intravenosa, garantindo um acesso intravascular por período prolongado, que permite a infusão de diversas soluções.

A competência técnica e legal para o Enfermeiro inserir o PICC encontra-se no artigo 1º da Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A Resolução COFEN nº 243/2017, reafirma a importância da atuação desses profissionais nos cuidados dispensados aos pacientes.

É frequentemente usado na neonatologia, uma vez que a obtenção de acesso vascular em neonatos é desafiadora (BEZERRA, 2023).

Destaca-se a fragilidade da rede venosa superficial, que contribui na curta duração dos dispositivos periféricos nesta população. O PICC pode ser mantido por semanas, reduzindo a necessidade de punções repetidas nos recém-nascidos (HAGEN et al, 2023).

09

A inserção do PICC diminui a exposição do paciente às múltiplas punções periféricas necessárias durante o período de internação, além de impactar na redução de infecções e intercorrências quando comparado ao uso de cateteres venosos centrais por punção e dissecação, tornando-se escolha prioritária para pacientes com previsão de internação prolongada (BEZERRA, 2023).

As dificuldades de inserção aumentam conforme aumenta o tempo de internação, considerando-se que a rede venosa fica cada vez mais fragilizada.

O PICC é um procedimento que envolve muita delicadeza, ainda mais quando é em RN muito prematuro, o toque tem que ser delicado, cuidadoso, mas ao mesmo tempo firme (Enf 12).

No mercado, têm sido disponibilizados PICC de diversos tamanhos, que vão de 8 a 75cm de comprimento e 1 a 5 Frenchs (Fr) de calibre, com 01 ou mais lúmens e compostos, principalmente, por dois materiais, o silicone e o poliuretano.

Quando comparados os dois, o PICC de silicone é mais flexível, resistente a dobras, biocompatível e frágil, devendo ser manipulado com muita delicadeza.

Ressalta-se que, de modo geral, cateteres não devem ser cortados, a não ser que haja recomendação do fabricante (ANVISA, 2017).

Além disso, alguns neonatos podem necessitar de um PICC valvulado (impedem refluxo sanguíneo), devido à grandes discrasias sanguíneas apresentadas, ou que possuam mais de um lúmen.

Dessa forma, os calibres mais utilizados e indicados para RNs e lactentes é de 1,0 a 2,0Fr, cujo volume interno ou priming varia de 0,1 a 0,2ml e vazão máxima de 150ml/hora (silicone) a 300ml/hora (poliuretano).

10

A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios:

trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado. A existência de protocolo não anula a autonomia profissional - o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte a essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso, terá o endosso da instituição (COREN-SP, 2015, p.9).

Nesse sentido, as padronizações dos procedimentos são definidas para o estabelecimento de diretrizes assistenciais tanto para o controle como para melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, indicando inclusive os momentos em que são necessárias revisões e atualizações.

Estas padronizações fundamentam-se no princípio de que a assistência transcende a execução de ordens médicas e administrativas, sendo direcionadas para o atendimento das necessidades do cliente de forma holística e baseada em evidências científicas, ou seja, com base em pesquisas, estudos clínicos e melhores práticas disponíveis.

Dessa forma, elas refletem o conhecimento atual e atualizado na área da saúde, garantindo que a assistência prestada seja baseada em evidências confiáveis e eficazes.

03

INDICAÇÃO

12

O acesso venoso periférico (AVP) apresenta rápida inserção e utilização com limitações relacionadas ao fluxo de infusão, pH das soluções (entre cinco e nove) e osmolaridade abaixo de 900mOsm/mL, as quais são toleradas pelo endotélio vascular periférico.

A punção venosa periférica realizada nos neonatos é um dos procedimentos executados com técnica muito delicada, é importante que se avalie até mesmo o material a ser utilizado, ou seja, os diferentes tipos de dispositivos periféricos disponíveis no mercado, como: Cateteres Agulhados tipo Scalp, Cateteres Flexíveis tipo Abocath (figura 1) e os Cateteres Centrais de Inserção Periférica (PICC) (figura 2), a fim de trazer conforto e diminuir a exposição do RN a procedimentos dolorosos (SOUZA et al, 2023).

Seu uso é comum, entretanto, as repetidas punções podem causar complicações locais ou sistêmicas, além das implicações sobre o desenvolvimento cerebral do RN. Isso faz com que, por vezes, seja necessário escolher um dispositivo mais seguro, de uso mais prolongado e menos traumático.

Os cateteres venosos periféricos (jatos e Scalp) tem suas numerações de calibres diferenciadas pela cor. Jatos com numerações pares e Scalp com numerações ímpares.



13

O cateter venoso central de inserção periférica (PICC) tem se estabelecido como uma importante ferramenta na assistência neonatal e pediátrica, especialmente no cuidado de recém-nascidos prematuros que requerem uma permanência prolongada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Figura 2: PICC



Procedimentos comuns em UTIN, tais como manejo de drogas vasoativas, drogas hiperosmolares (≥ 900 mOsm/l), nutrição parenteral, solução glicosada em concentração maior que 10%, soluções irritantes/vesicantes com pH inferior a cinco ou superior a nove e antibióticos requerem um monitoramento rigoroso através de um acesso venoso preservado e seguro (GIACOMOZZI et al, 2023).

Além disso, vários fatores devem ser considerados ao se escolher o acesso para terapia endovenosa, dentre os quais: as características das drogas a serem administradas, o tempo, fluxo e volume de infusão e o consentimento da família/responsável sobre o procedimento. As características do paciente também podem influenciar nessas decisões, como: idade gestacional, idade após nascimento, maturidade dérmica e peso corporal (se na população neonatal), doenças e comorbidades associadas, história prévia de uso de

14

cateteres venosos e complicações, restrição de seleção de local de inserção (fraturas, malformações), visibilidade e acessibilidade real das veias, possibilidade de fixação adequada, tolerância ao procedimento de inserção, a realização de um procedimento extremamente doloroso, a estabilidade clínica e hemodinâmica, a integridade da pele onde o cateter será inserido, os riscos e complicações leves ou graves associados, a disponibilidade de equipe treinada e habilitada, a relação custo-benefício (BRASIL, 2022).

Como resultado, o PICC torna-se um dos principais dispositivos de escolha para todos os neonatos que necessitam de terapia intravenosa por mais de 7 dias.

A inserção do PICC diminui a exposição do paciente às múltiplas punções periféricas necessárias durante o período de internação, além de impactar na redução de infecções e intercorrências quando comparado ao uso de cateteres venosos centrais por punção e dissecação, tornando-se escolha prioritária para pacientes com previsão de internação prolongada (BRASIL, 2022).

A realização do procedimento de PICC, pode ser executada por uma enfermeira a beira leito. Além do amparo perante a lei, é imprescindível que a enfermeira tenha conhecimento científico que sustente as tomadas de decisão frente ao procedimento.

04

MATERIAIS NECESSÁRIOS

16

- Kit com cateter PICC (tamanho de 1 a 2Fr em Neonatologia), contendo, no mínimo, cateter, introdutor e fita métrica estéril;
- 01 bandeja de procedimento estéril identificada para PICC (contendo a bandeja, 03 cubas redondas, 01 pinça Pean, Cheron ou Foester para antissepsia, 02 Backhaus, 01 pinça Mayo ou Adison para introdução do cateter e 01 tesoura, 01 campo fenestrado e 01 campo auxiliar);
- 02 escovas de degermação;
- 02 capotes estéreis;
- EPI (máscara, gorro e óculos de proteção - 01 de cada para cada profissional envolvido no procedimento);
- 01 agulha descartável 40X12 - 01 seringa de 10 ml;
- 01 seringa de 20 ml;
- 10 ml de Clorexidina Degermante (para casos de sujidade visível, de RN > 1500g e de escova de degermação estar seca);
- 10 ml de Clorexidina Aquosa ou Alcoólica 0,5%;
- 03 pares de luva estéril, preferencialmente sem látex e sem pó;
- 01 garrote estéril ou feito com punho de luva (caso não haja no kit de cateter) ou até realizado com uma gaze estéril (totalmente aberta que pode ser amarrada delicadamente);
- 01 Fita métrica;

(HC-UFTM, 2017)

17

- 01 curativo tipo filme transparente
- Frasco de 100ml de SF 0,9%
- 02 pacotes de gaze estéril (mínimo)
- Lençol extra-aquecido para enrolar o RN - Touca para o RN - Foco portátil

(HC-UFTM, 2017)

05

IMPLANTAÇÃO

19

PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Verificar se há indicação e conferir a prescrição médica para realização do procedimento;

Explicar o procedimento ao acompanhante do RN e solicitar que assine o termo de autorização para realização do procedimento;

Solicitar prescrição médica de analgesia farmacológica, se necessário, para que o procedimento seja o mais livre possível de dor para o RN, evitando assim, seus efeitos a curto e longo prazo;

Verificar os últimos sinais vitais (SSVV) e garantir que o paciente esteja monitorizado com oxímetro de pulso durante todo o processo;

Verificar os SSVV e monitorizar o paciente de forma adequada são procedimentos importantes, enfatizados pelos enfermeiros participantes da pesquisa, para detectar e prevenir complicações durante e após o procedimento.

Separar o material previamente;

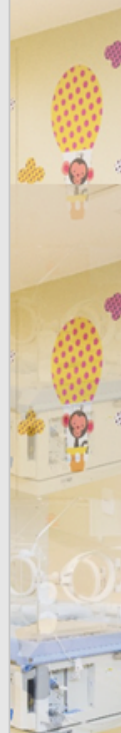
Higienizar as mãos e antebraços com água e sabonete antisséptico e/ou álcool 70%;

Avaliar o RN (estabilidade hemodinâmica, plaquetopenia, coagulopatias, presença de outras contra-indicações) e o local de implantação do cateter quanto à integridade cutânea e ausência de sinais flogísticos, assim como a eventual presença de hematomas ou equimoses, flutuação, edema, alta sensibilidade e abscessos;

(BRASIL, 2022; HC-UFTM, 2017)

A clínica do RN... se ele já teve outro tipo de acesso venoso no mesmo membro, tudo isso interfere no procedimento

(EAF 07).



20

Eleger a área da punção e a veia de escolha após exame minucioso da rede venosa:

MEMBROS SUPERIORES	<ul style="list-style-type: none"> DORSO DA MÃO BAZÍLICA CEFÁLICA CUBITAL MEDIANA AXILAR 	MEMBROS INFERIORES	<ul style="list-style-type: none"> SAFENA MAIOR POPÍTEA FEMORAL
	<ul style="list-style-type: none"> CEVICAL E CEFÁLICA 	<ul style="list-style-type: none"> JUGULAR EXTERNA TEMPORAIS EPICRANIANAS RETROAURICULARES 	(CONDIÇÕES INDICADAS DE 2005)

Para PICC com posicionamento da ponta na veia cava superior (veias dos membros superiores (figura 3), veias jugulares, epicranianas, temporais e retroauriculares (figura 4):

LADO DIREITO: Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a extremidade externa da clavícula direita (cabeça da clavícula direita) e, descer até o 3º espaço intercostal direito.

LADO ESQUERDO: Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a extremidade externa da clavícula esquerda (cabeça da clavícula esquerda), continuar até a extremidade externa da clavícula direita e, descer até o 3º espaço intercostal direito.

Figura 3: Veias MMSS

(BRASIL, 2022; HC-UFTM, 2017)

21

Figura 4: Veias RN

Se punção em MMII (figura 5): com membro esticado, medir do provável local de punção, indo pelo suposto trajeto da veia até região inguinal correspondente, daí para coto umbilical e depois para apêndice xifoide. Obs: Atentar para não escolher inserção em MMII se RN sofreu alguma cirurgia abdominal ou possuir alguma patologia neste local;

Figura 5: Veias MMII

Além de ser delicado, o PICC, envolve atenção, cuidado e prática, quanto mais tempo trabalhando com RN, melhor você vai ficando (Enf 7).

A habilidade psicomotora, o conhecimento anatômico e o uso de tecnologias como transiluminação e ultrassonografia auxiliam o profissional na definição da rede venosa;

22

Dar preferência para veia basilica direita; quando impossível, acessar através da mediana cubital, cefálica, jugular ou temporal. Evitar punção em membros inferiores, mas quando o fizer utilizar a safena magna (figura 6):

Figura 6: Veias MMII - safena magna

Realizar o procedimento sempre em dupla;

Conversar calmamente com o RN sobre o procedimento e colocar o leito a 180º;

A posição que eu coloco a cabeça do RN interfere no meu procedimento, a forma como o envolvo e o deixo confortável também. Isso tudo são cuidados importantíssimos com o RN e só temos a real compreensão da importância disso depois que trabalhamos aqui (Enf 12).

Enrolar o bebê em lençol/cueiro já aquecido, mantendo apenas o membro a ser punccionado exposto com ângulo de 90º em relação ao corpo;

Usamos um lençol extra que deixamos dentro da própria incubadora do RN. Este lençol vai prevenir a perda de temperatura e vamos usar para enrolar o RN. É uma medida não farmacológica de controle da dor, vai propiciar uma posição confortável e permitir a autoorganização do RN mais rápida (Enf 1).

23

A temperatura do RN interfere... eu já tinha aquecido ele bem antes, mas ele pode perder muita temperatura enquanto higienizamos (Enf 07).

Prender as pontas de uma fita adesiva/esparadrapo (com largura de 35cm) nos dois lados do leito, passando pelo RN (como um cinto de segurança);

Reduz o risco de queda.

Fechar as portinholas da incubadora ou subir as laterais do berço aquecido ou comum;

Eu só abro as portinholas da incubadora no último instante, porque eu mantenho o RN aquecido, contido e seguro (Enf 1).

Higienizar as mãos e antebraços com álcool a 70%;

(BRASIL, 2022; HC-UFTM, 2017)

PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO

Colocar gorro e máscara, abrir primeiro invólucro da bandeja, capote e luvas estéreis, realizar escovação cirúrgica de mãos e antebraços e colocar capote estéril com auxílio;

Terminar de abrir a bandeja, receber os materiais necessários e colocá-los dentro desta, organizando-os de forma que materiais para antisepsia (gazes dobradas duas vezes, cubas redondas com clorexidina aquosa/alcoólica, SF0,9% morno e degermante, se necessário e pinça) fiquem em uma posição proximal em relação à incubadora e os para passagem do PICC em uma posição distal (gazes, cateter, introdutor, seringas, pinças, tesoura e garrote);

A organização dos materiais é importante, porque somos duas a usar os materiais, evita acidentes com as perfurocortantes durante e após o procedimento, além de facilitar a localização deles para o descarte correto (Enf 1).

24

Caso o RN tenha mais de 1500g de peso de nascimento, é possível o uso de clorexidina alcóolica neste momento;

A pele do RN é muito sensível se você deixa sabão ou álcool na pele, eles podem causar uma ferida e trazer infecção para o bebê. Qualquer coisa instabiliza o RN (Enf 12).

Isso fará com que a flora bacteriana diminua, prevenindo infecção, fazendo a limpeza da área mais limpa para a mais contaminada. Clorexidina degermante e alcóolica possuem uma composição que pode levar a lesões/quimaduras na pele sensível do prematuro com menos de 1500g de peso de nascimento, mesmo que estes produtos sejam retirados logo após seu uso.

Aguardar 30 segundos para clorexidina aquosa e 02 minutos para clorexidina alcóolica ou tempo estipulado pelo fabricante;

Posicionar o membro dentro da janela do campo (moldando seu tamanho com a pinça Backhaus) e colocar demais campos estéreis amplos, de modo a cobrir todo do bebê;

Garrotear o membro escolhido cerca de 5cm acima do local de punção. Se for utilizado garrote de borracha ou silicone, procurar colocar uma gaze sob este;

Preferencialmente utilizar gaze como garrote, para facilitar a visualização do vaso que será punccionado, a gaze diminui a dor que este procedimento provoca, conforme o relatado pelos enfermeiros da pesquisa.

Eu garroteio o bracinho com a minha própria mão e não com um garrote. Isso tudo são cuidados importantíssimos com o RN (Enf 12).

25

Aspirar SF0,9% nas duas seringas, com agulha de grosso calibre e utilizar a de 10ml para preencher o cateter, deixando-a preferencialmente conectada (para o caso de haver necessidade de lavar o cateter durante procedimento). Se as luvas forem as que possuem pó em seu interior e exterior, lembrar de nunca tocar no cateter diretamente, manuseando-o com pinça;

O preenchimento lubrifica o cateter, evita o retorno de sangue por este (risco de obstrução) e a embolia gasosa.

A primeira enfermeira realiza antisepsia e o outro preenche o priming do cateter para posterior punção, deixando seringa de 10ml acoplada ao cateter e seringa de 20ml preenchida para uso posterior;

Solicitar que um profissional abra a incubadora, puxe o leito para fora até onde houver suporte para este e eleve o membro a ser punccionado para que a enfermeira possa, com uma gaze aberta e enrolada verticalmente, segurar o membro do RN a ser punccionado;

Realizar antisepsia no local da punção com clorexidina aquosa/alcóolica e depois proceder a antisepsia por todo o membro a ser punccionado da região axilar até a mão. Se sujidade visível em RN termo ou com mais de 7 dias de vida e de 1500g, limpar membro antes com clorexidina degermante e retirar esta com SF0,9% morno;

(BRASIL, 2022; HC-LIFEM, 2017)

26

Proceder à inserção da agulha do kit introdutor na veia selecionada, com o bisel voltado para cima, introduzindo apenas o bisel no lúmen do vaso, com um ângulo de 30° a 45°, retificando a agulha de acordo com a profundidade do vaso;

O calibre do introdutor é maior que o do cateter, tornando desnecessária toda a sua introdução no vaso. Há também o risco de transfixar o vaso;

O colega que introduz o cateter tem que ter a mesma sensação que eu, por que se não, não dá certo. Um puncciona a veia e o outro introduz, a pinça é pequena e delicada então, se um dos dois tiver a mão mais leve e o outro a mão pesada, ele vai introduzir com força e perder a veia, muitas das vezes, a única que você vai conseguir. Então... até a forma de introduzir, a paciência e o pensamento positivo conta (Enf 1)

Ao obter retorno sanguíneo satisfatório pelo introdutor, retirar o garrote ou solicitar que auxiliar retire o guia/mandril, atentando para manter firme o introdutor com o hálux e obstruir o retorno venoso acima da punção com o indicador da mão não dominante;

O auxiliar do procedimento pega o cateter com uma pinça e inicia sua introdução, lentamente, até a medida previamente realizada;

Eu sempre utilizo a pinça, pois ela ajudará na firmeza ideal para introdução do cateter. Além disso, eu evito o toque no cateter com a luva, pois o pó da luva pode ser irritante para o vaso e provocar febre química (Enf 7).

27

Caso haja transfixação do vaso ou se o cateter não progredir além do introdutor, garrotear o membro novamente, colocar quia/mandril e tentar posicioná-la dentro do vaso mais à frente. Se não houver sucesso, retirar introdutor, comprimir local da punção com gaze e solicitar ao auxiliar do procedimento lavar introdutor com SF0,9% que está na seringa de 20ml;

Se houver problemas de progressão do cateter a partir do introdutor, mudar a posição do membro, realizar massagem suave no trajeto seguinte do vaso, em sentido medial, ou administrar pequena quantidade de SF0,9%;

A dificuldade de progressão pode ocorrer por causa de obstáculos anatómicos ou presença de válvulas venosas. Estes procedimentos objetivam resolução destes problemas.

Quando houver persistência da dificuldade em progressão do cateter em PICC punccionados em MMSS, aplicar uma manobra de movimentação do ombro capaz de auxiliá-la na região hemiclavicular direita de RNs, a qual consiste em três passos para aumentar o espaço da subclávia entre a primeira costela e a clavícula, diminuindo a possível compressão local: elevação (pressionar região axilar), protração (pressionar região escapular de modo posteroanterior, trazendo o ombro para frente) e abaixamento (pressioná-lo levemente no sentido cefalocaudal);

A progressão do cateter, é difícil, [...] às vezes você pega uma "veinha" boa, mas precisa introduzir 15/20cm e ele não vai (Enf 12).

28

Verificar refluxo sanguíneo dentro do cateter após introduzir até a medida previamente realizada, lavando-o posteriormente com o SF0,9% e retirando a bainha protetora do introdutor ("descascando"), colocando gaze sobre o sítio de inserção;

Obs: caso não haja refluxo adequado ou constante e a veia punccionada foi a radial ou a cefálica de MMSS, puxar o cateter até onde há bom refluxo e introduzi-lo novamente, preferencialmente com outro profissional realizando massagem delicada no ombro do RN em direção ao esterno.

O introdutor deve ser quebrado quando o profissional estiver seguro que o cateter está dentro do vaso e no local indicado. Lava-se o cateter para evitar obstrução e coloca-se gaze sobre sítio de inserção para levar à hemostasia;

A punção nessas veias (radial e cefálica) podem levar o cateter por um trajeto em que, ao invés de seguir pela subclávia, ele entra em uma veia axilar e desce pelo ombro em direção ao tórax. Nesta localização, o cateter está contra-fluxo, o refluxo é inadequado/inconstante e o risco de infiltração é maior.

Em caso de punção de MMSS, manter a cabeça do RN virada para o lado do membro que está sendo punccionado durante a progressão do cateter;

A posição que eu coloco a cabeça do RN interfere no meu procedimento (Enf 12). Este posicionamento da cabeça é utilizado para prevenir a ascensão do cateter pela veia jugular.

Limpar o membro punccionado e cateter com gazes umedecidas com SF0,9% (morno, preferencialmente) e secar em seguida;

Enrolar o restante do cateter que não foi introduzido cerca de 1-2cm do sítio de inserção antes de fazer o curativo, pressionando o local de punção com um pedaço da gaze que consiga englobar sítio e cateter enrolado;

29

Pode ser feita fixação da borboleta com uma fita adesiva que acompanha o filme transparente para facilitar no restante do procedimento e nos curativos subsequentes;

O cateter deve ser enrolado de forma que não tenha risco de perda ou contaminação. A compressão do local de punção é para evitar perda de sangue do RN. Neste momento, não é colocada fita sobre o cateter enrolado pela possibilidade de haver necessidade de tração do cateter.

Fixar adequadamente o cateter com gaze no local da punção, cateter enrolado e filme transparente (aberto e colocado em campo apenas neste momento), atentando para manter a borboleta/disco oval do cateter dentro do curativo;

Fechar incubadora;

Retirar luvas e descartá-las, higienizando mãos e antebraços com álcool 70%;

Reposicionar o RN, deixando-o confortável no leito e realizando contenção facilitada, se necessário;

Identificar o curativo com data, hora, número de centímetros de cateter que estão externos e nome do(s) enfermeiro(s) responsável(is) pelo procedimento;

Organizar o ambiente;

(BRASIL, 2022; HC-UFPM, 2017)

30

VERIFICANDO O POSICIONAMENTO DO CATETER RAIO-X

Solicitar a realização da radiografia para confirmar o posicionamento do cateter logo após o procedimento;

Somente após a confirmação da localização correta é que se pode iniciar a infusão de medicamentos e soluções através do cateter;

Posicionamento do bebê para realização do raio x:

- Punção de veia cefálica, jugular externa ou MMSS: cabeça alinhada com membro punccionado esticado e ao longo do tronco;
- Punção de MMII: membro punccionado esticado o máximo possível.

Estas posições são as mais indicadas na literatura para garantir posicionamento adequado da ponta do cateter.


(HC-UFPM, 2017)

POSICIONAMENTO DO CATÉTER

A ponta do cateter deve estar no terço inferior da veia cava superior ou no terço superior da veia cava inferior (figura 7), dependendo do local de punção. Fixar cateter enrolado e borboleta com fitas estabilizadoras proporcionam estabilidade do cateter e diminuição do risco de tração acidental, tornando o procedimento mais seguro; A solução prescrita para o paciente pode ter sua infusão iniciada assim que tracionado cateter;

Se estiver dentro da área cardíaca podem ocorrer arritmias ou transilicação do vaso/câmara cardíaca pelo cateter;

Figura 7: Posicionamento correto do PICC




Imagens de Internet

31

Tracionar o cateter caso sua ponta esteja dentro da área cardíaca ou contra-fluxo (quando cateter sobe para jugular (figura8) ou vai pelo trajeto de uma veia auxiliar – deve ser tracionado até ficar na direção do fluxo venoso), mantendo um pedaço de gaze em sítio de inserção, enrolando cateter, fixando-o (assim como a borboleta) com fita estabilizadora estéril, e colocando para infundir a solução prescrita para o bebê; Caso a ponta do cateter esteja midline (como em veia axilar ou subclávia), não tracionar, mas passar outro PICC após 24 horas e o mais rápido possível;

Figura 8: Veias Posicionamento incorreto do PICC



Imagens de Internet

Obs: Utilizar fita métrica para saber a quantidade de centímetros que devem ser tracionados e certificar-se que, ao medir, o raio x esteja em 100%;

Cateteres midline ou contra-fluxo possuem um risco maior de deslocamento para fora do vaso e infiltração.

Solicitar a realização de novo raio x em caso de tração do cateter;

Anotar o procedimento executado e observações pertinentes no prontuário do RN e em formulário próprio (veia e membro da punção, número de punções realizadas, número de centímetros de cateter internos e externos, tipo de curativo, presença de refluxo, calibre, lote e validade do kit de PICC utilizado);

(BRASIL, 2022)

32

Respalidar documentalmente a assistência prestada pela enfermeira ao paciente e subsidiar a prescrição médica e de Enfermagem;

Preencher formulário de OPME, grampeando junto com o invólucro do PICC utilizado, enviando posteriormente para a farmácia local;

CURATIVO DO SÍTIO DE INSERÇÃO DO PICC

Verificar se há indicação do procedimento, sendo elas:

- Presença de sujidades ou curativo solto ou soltando;
- 48h em caso de presença de gaze com película transparente (após inserção, após tração ou após verificação de manutenção de sangramento em inserção). Obs: Não há necessidade de troca de 07 em 07 dias em curativos apenas com película transparente.

Reunir todo material necessário;

Realizar procedimento com auxílio de outro profissional, seja enfermeira ou técnica de enfermagem;

O procedimento deve ser realizado de forma asséptica;

Retirar as bordas do curativo, puxando-o para fora horizontalmente (não encostar nas fitas estabilizadoras internas) de forma delicada;
A remoção de adesivos pode retirar cerca de 90% do estrato córneo, promovendo a ruptura da barreira cutânea normal.

Utilizar pinças/bandeja para realização do curativo se possível;

(BRASIL, 2022; HC-UFEM, 2017)

33

Solicitar à 2º profissional que termine de retirar o curativo enquanto a 1º profissional com uso da(s) pinça(s) mantém fixados, contra a pele, a fita estabilizadora e o cateter em si;

A 2º profissional deve segurar o membro com PICC e realizar contenção facilitada e/ou fornecer sucção não nutritiva ao bebê;
Se necessária a tração, realizá-la neste momento;

Realizar a limpeza com SF0,9%, quando necessário, com movimentos únicos e contínuos e secar posteriormente;

Realizar a antisepsia com clorexidina aquosa do sítio de inserção utilizando movimentos únicos e contínuos;

Limpar cateter e borboleta apenas se não estiverem fixados com fitas estabilizadoras; Na retirada do curativo, pode ocorrer tração do cateter, sendo necessário segurá-lo;

Verificar posicionamento de fabricante do PICC sobre recomendação de uso de qualquer produto com álcool em contato com o cateter pelo fato de possibilitar o risco de rompimento. Esta recomendação inclui o não uso de clorexidina alcóolica;

A 2º profissional deve auxiliar o procedimento de troca de curativo e fornecer medidas não farmacológicas ao bebê, de modo que sua dor seja minimizada ao máximo;

Deixar a clorexidina agir por 30 segundos e secar após, se ainda úmida;
Se tiver sido necessário a retirada das fitas fixadoras, ver a quantidade de centímetros externos antes e depois da limpeza e assepsia, enrolar o cateter novamente com auxílio da pinça e fixá-lo, com curativo transparente;

(BRASIL, 2022; HC-UFEM, 2017)

34

Identificar o curativo com data, nome do responsável (s);

Anotar o procedimento executado e observações pertinentes no prontuário do RN e em formulário próprio se for o caso (produtos usados na limpeza e antisepsia, número de centímetros de cateter externos, tipo de curativo, presença de fluxo e refluxo).

MANUTENÇÃO DO CATETER

Treinar toda equipe multiprofissional na manipulação do PICC e cuidados especiais;

Infundir soluções contínuas para evitar a obstrução do cateter, caso o RN não esteja recebendo medicações em infusão contínua, providenciar manutenção com SF 0,9%;

Observar diariamente possíveis complicações do sítio de inserção do cateter e realizar registro em formulário próprio;

Atentar para refluxo sanguíneo no cateter;

Balanco hídrico com horário rigoroso;

Não infundir hemoderivados pelo cateter <3,8 Fr;

Não coletar sangue pelo cateter;

Não testar refluxo;

Atentar para incompatibilidade de soluções;

Não infundir medicações que formam cristais no interior do cateter (ex: fenitoína, diazepam);

Trocar os equipos de acordo com as indicações e rotinas estabelecidas, atentando para trocar extensores e duplas vias também;

35

Utilizar seringas de 10ml para infusões e/ou flush (risco de rompimento);

Não realizar banho de imersão;

Não desconectar o sistema desnecessariamente (ex: colocar roupas);

Não tracionar e/ou dobrar o cateter;

Não garrotear e/ou aferir pressão arterial no membro onde o cateter está inserido;

Realizar troca do curativo com técnica asséptica, em caso de sujidades e/ou má aderência do curativo;

Manipular o sistema de infusão de forma asséptica, utilizando fricções com álcool à 70% em injetores laterais e nas conexões antes de abrir a linha de infusão por 5 a 20 segundos.

INDICAÇÕES PARA RETIRADA DO CATETER

Fim de terapia intravenosa;

Infecção primária de corrente sanguínea na vigência do cateter;

Flebite;

Obstrução;

Trombose venosa;

Eventos decorrentes da má posição do cateter (pneumotórax, tamponamento, perfuração cardíaca);

Rompimento do cateter;

36

MEDIDAS PARA CONTROLE DA DOR

Para RN intubado:

- Utilizar medidas farmacológicas de acordo com a prescrição médica;

Para RN extubados: medidas farmacológicas (de acordo com prescrição médica) ou não farmacológicas:

- Sucção não-nutritiva

Dedo enluvado de um profissional com solução de glicose, conforme protocolo institucional na porção anterior da língua do recém nascido;

Dois minutos antes do procedimento. Quantidade: o menor número possível para oferecer o alívio da dor

Enrolamento e posicionamento contido e confortável do RN.

(BRASIL, 2022)

COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DURANTE A INSERÇÃO DO PICC

- Arritmia cardíaca

Causa: Posicionamento da ponta do cateter no átrio direito estimulando o sistema de condução da excitabilidade cardíaca.

Manifestações clínicas: taquicardia.

Prevenção: proceder técnica de mensuração rigorosa antes da instalação do cateter.

Cuidados: reposicionamento do cateter.

- Dor

Causa: Contensão dos membros durante o procedimento, garroteamento durante a punção, punção venosa, manuseio excessivo e hipotermia.

Manifestações clínicas: choro repentino e forte, apneia, bradicardia, apatia protetora, hiperglicemia, cianose e pele fria.

Prevenção: Administrar sedativos antes do procedimento, evitar manusear o RN/criança

37

excessivamente, promover um ambiente aquecido, evitar implantar o cateter próximo a outros procedimentos dolorosos e oferecer um atendimento sistemático

Cuidados: Promover sucção não-nutritiva, enrolamento e administrar analgésico ou sedação prescrito, se necessário

- Embolia Pulmonar

Causas: Ruptura do cateter e entrada de ar no circuito.

Manifestações clínicas: Cianose, hipotensão arterial, taquicardia e dor.

Prevenção: Evitar a entrada de ar no sistema de infusão e manusear o cateter com cuidado.

Cuidados: Posicionar o RN/criança em decúbito lateral esquerdo em posição de trendelenburg, oferecer oxigênio umidificado por meio de cateter nasal, máscara de venturi ou halo na concentração e volume indicado e comunicar o médico, imediatamente.

- Hematoma de punção

Causas: Transfixação do vaso após tentativas malsucedidas de punção, tempo de compressão insuficiente para hemostasia após a punção, garroteamento por tempo prolongado, remoção do dispositivo intravenoso e dificuldade de progressão do cateter.

Manifestações clínicas: dor, edema e extravasamento de sangue para o tecido.

Prevenção: Realizar compressão local até hemostasia total e retirar o garrote, imediatamente, a punção com retorno venoso.

Cuidados: Aplicar compressa/gaze embebida com água fria, elevar o membro puncionado acima do nível do coração e avaliar a evolução do hematoma, diariamente.

(BRASIL, 2022; HC-UFPA, 2017)

38

- Localização irregular do cateter

Causas: Transfixação da veia pelo introdutor, mensuração incorreta do cateter e variação anômica do vaso.

Manifestações clínicas: Arritmias cardíacas e instabilidade hemodinâmica.

Prevenção: Proceder técnica de mensuração rigorosa antes da instalação do cateter e confirmação da localização da ponta do cateter através do RX.

Cuidados: Remover o cateter quando este estiver fora do trajeto indicado, tracionar o cateter quando este estiver no átrio direito e inserir, um pouco mais o cateter, quando este estiver anteriormente ao terço médio da veia cava inferior ou superior (Somente durante o procedimento de inserção por técnica de radioscopia).

- Ruptura total do cateter

Causas: Manuseio inadequado do cateter e utilização de dispositivos inadequados.

Manifestações clínicas: Obstrução parcial/total de um vaso por fragmentos do cateter, drenagem de líquidos externamente ao local de punção durante a infusão, descompensação hemodinâmica e alterações na circulação local.

Prevenção: Evitar utilizar seringas menores que 10 cm, evitar manusear o RN/criança, excessivamente, registrar com precisão a posição/tamanho do cateter inserido, introduzir o cateter com delicadeza, sem forçar, manter o cateter fixo sob o curativo.

Cuidados: Aplicar pressão direta sobre a região que o cateter está localizado, fazer o RX para localizar o fragmento do cateter e comunicar o cirurgião pediátrico, imediatamente.

(BRASIL, 2022)

39

COMPLICAÇÕES DURANTE A MANUTENÇÃO DO PICC

- Infecção relacionada ao cateter

Causa: Preparo inadequado da pele, utilização de antisséptico inapropriado e manipulação do cateter e do sistema de infusão sem técnica asséptica.

Manifestações clínicas: calor, rubor, dor, secreção no sítio de punção e febre.

Prevenção: Higienização rigorosa das mãos, indicação criteriosa do acesso vascular, treinamento da equipe para implantação do PICC, utilizar sistema fechado de infusão e preparo rigoroso da pele na implantação e manutenção do PICC.

Cuidados: Remoção do cateter e administração de antibiótico, quando prescrito.

- Deslocamento do cateter

Causas: Fixação inadequada e movimentação excessiva do local puncionado.

Manifestações clínicas: Alterações hemodinâmica e numeração externa do cateter incompatível com a registrada.

Prevenção: Avaliar, constantemente, a numeração marcada do cateter, evitar manipulação excessiva do cateter e fixar bem o cateter à pele.

Cuidados: Aferir os sinais vitais e retirar o cateter quando observado alterações hemodinâmicas.

- Flebite

Causa: Mecânica - ocorre devido à trauma durante a inserção, retirada ou movimentação do cateter no interior da veia. Evidencia-se de 48 a 72 horas após a inserção ou retirada do dispositivo.

Química - ocorre devido à infusão de soluções

(BRASIL, 2022; HC-UFPA, 2017)

40

irritantes, infusão muito rápida e presença de pequenas partículas na solução ou talco da luva esteril no cateter.

Infecçiosa - inflamação associada à infecção. Pode ser causada por técnica asséptica inadequada durante a inserção e manutenção do cateter.

Manifestações clínicas: dor, calor, hiperemia, edema, presença de estria, cordão venoso palpável, drenagem de secreção purulenta.

Prevenção: Utilização de cateteres com calibres adequados para o tamanho da veia, técnica de inserção lenta e gradual (não forçar mediante válvulas), fixação correta do cateter, não tocar o cateter com a luva e realizar o procedimento mantendo técnica rigorosa de assepsia.

Cuidados: **Flebite química e infecciosa** requerem remoção do dispositivo.

Flebite mecânica: salinizar o PICC, aplicar compressas mornas durante 20 minutos, a cada 4 horas (ou em intervalos menores, de acordo com a avaliação da equipe), elevar o membro e observar nas primeiras 24 horas. Se houver melhora completa, interromper as manobras. Se ainda mantiver a flebite, porém em regressão, aguardar mais 24 horas. Se após 48 horas de manobras não houver resposta, retirar o dispositivo.

• Obstrução do cateter
Causa: **Obstrução mecânica:** pinçamento do cateter.
Obstrução intraluminal: obstrução por trombos ou fibrina, devido a deposição de resíduo de sangue e/ou hemoderivados e administração simultânea de drogas incompatíveis;
Obstrução extraluminal: encapsulamento da superfície do cateter pela deposição de fibrina e agregação plaquetária.

(BRASIL, 2022; HC-UFTM, 2017)

41

Manifestações clínicas: velocidade de infusão lenta, ausência de refluxo sanguíneo à aspiração e sensibilidade dolorosa no local de punção.

Prevenção: Não administrar drogas incompatíveis simultaneamente, lavar o cateter após a administração de drogas, hemocomponentes e de hemoderivados, garantir infusão contínua. Não infundir hemocomponentes e coletar sangue em cateteres menores que 3,0 fr e aplicar a rotina de flush com soro fisiológico 0,9%.

Cuidados: Realizar flush com SF 0,9%, se necessário retirar o cateter

(BRASIL, 2022; HC-UFTM, 2017)

06

O GESTO PROFISSIONAL



O gesto profissional é uma manifestação complexa que permeia toda a essência de uma profissão, desdobrando-se em várias dimensões que compõem sua própria estrutura.

O gesto profissional é, portanto, a síntese dessas dimensões em situação específica em que ocorre, embora uma ou outra dimensão possa se destacar mais na circunstância analisada.

Nesse sentido, o gesto profissional se revela como a expressão concreta da atividade, o corpo desempenha um papel fundamental, sendo o protagonista essencial que impulsiona as dimensões clínicas envolvidas no processo de formação do gesto profissional.

Dessa forma, o gesto profissional transcende a mera execução de uma técnica ou habilidade, incorporando um conjunto mais amplo de conhecimentos, experiências e valores que influenciam as ações dos profissionais em sua prática diária.

Nenhum gesto profissional é neutro, ingênuo ou vazio de sentido, pelo contrário, ele carrega sempre consigo uma carga significativa, podendo variar em intensidade e nuances.

É um processo de constante negociação do corpo, com as normas antecedentes e o trabalho real, resultando em uma expressão única e significativa do saber-fazer profissional.

As enfermeiras, participantes da pesquisa, destacam a importância do gesto delicado, mas firme, durante a execução do procedimento de PICC, visando não somente minimizar o desconforto e estresse do recém-nascido, mas também considerando a fragilidade da pele do RN e na busca de uma melhor técnica e de observação das veias.

(SILVA, 2016)



O toque adequado, observado, não se resume apenas à técnica, mas também envolve empatia, sensibilidade e uma compreensão profunda das necessidades e limitações do RN.

O sucesso do procedimento de PICC está intrinsecamente ligado à habilidade em proporcionar um toque adequado, equilibrando suavidade e assertividade.

Ao abordar o corpo humano, o autor Marcel Mauss (1974), vai além da simples compreensão de sua dimensão biológica. Esse autor reconhece que o corpo é influenciado por fatores psicológicos e sociais, sendo considerado patrimônio universal da humanidade.

Segundo Mauss, o gesto humano não é apenas um movimento físico, mas também uma expressão da individualidade psicológica de quem o realiza e está intrinsecamente ligado a uma sociedade que atribui determinada significação a esse movimento (MAUSS, 1974; DAOLIO, 2012).

O procedimento de PICC transcende o simples toque físico no recém-nascido e exige gestos cuidadosos e habilidades especiais por parte das enfermeiras. Durante a execução do procedimento, as enfermeiras manipulam materiais pequenos com destreza, trabalham em espaços reduzidos, como a incubadora. Nesse momento, a comunicação entre as enfermeiras ocorre principalmente por meio de olhares, que transmitem mais do que palavras poderiam expressar.

Esse agir profissional é influenciado por fatores intrínsecos, como a memória, valores e experiência, moldados pela história pessoal e pelo contexto específico de cada profissional.

07

CONSIDERAÇÕES FINAIS

46

As enfermeiras que realizam a inserção do PICC passam por um curso específico de capacitação que abrange as técnicas corretas de inserção, o manuseio dos equipamentos envolvidos e a compreensão dos cuidados necessários durante e após o procedimento.

Porém, além dos conhecimentos adquiridos por meio da capacitação, a prática clínica é indispensável para que a enfermeira adquira experiência, desenvolva facilidade e refine suas habilidades na inserção do PICC.

Esse e-book fornece um guia prático para auxiliar os profissionais nas tomadas de decisões durante o procedimento de PICC. Por meio de verbalizações, os participantes da pesquisa ressaltam experiências e conhecimentos que salientam serem fundamentais para garantir o sucesso do procedimento.

Frente às prescrições já consagradas do PICC, este e-book possibilita uma reflexão que contemple as contradições presentes entre a distância do trabalho real e o trabalho prescrito na tentativa de minimizar esta distância, assim como repensar a prática que constitui e colabora para a configuração do processo socioeducativo em uma UTIN.

O e-book pode ser uma ferramenta útil para o treinamento inicial de enfermeiros que estão aprendendo a realizar a inserção do PICC, bem como para profissionais mais experientes que desejam aprimorar suas habilidades e conhecimentos.

A área da saúde está em constante evolução, e é fundamental que os profissionais acompanhem os avanços e pesquisas mais recentes para fornecer o melhor cuidado possível aos pacientes.

08

REFERÊNCIAS

- AMVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência**. Brasília: 2017.
- BAHDUSH, G, et al. A review of peripherally inserted central catheters and various types of vascular access in very small children and pediatric patients and their potential complications. *J Med Life*. v. 14, n. 3, p. 298-309, 2021. DOI: 10.25122/jml-2020-0011.
- BEZERRA, J.; SILVA, A.; SAUSTIAND, C. Complicações relacionadas ao uso do Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos e crianças nos centros de saúde. *Revista Foco*. Curitiba (PR), v.16, n.6, p. 01-18, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n6-014.
- BRASIL. **Parecer de Conselho Federal nº 243/2017**. Normatização do procedimento de inserção, fixação, manutenção e retirada do Cateter Periférico Central por enfermeiros – PCCC. ATUALIZAÇÃO. Brasília: COFEN, 2017.
- BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. **Assistência de enfermagem: Na inserção, manutenção e retirada do Cateter Central de Inserção Periférica-PICC. Caderno 5**. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília. 2022. Disponível em: www.saude.df.gov.br/documents/37101/8/CADERNO_5_PICC.pdf/25bc3224-cc25-d080-c9ac-23c0396cd67e?1670518738995
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 258/2001**, de 12 de julho de 2001. Trata da inserção de Cateter Periférico Central pelo Enfermeiro. Brasília: COFEN, 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2582001_4296.html. Acesso em: 24 de Janeiro de 2022.
- COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Cibele A. de M. Pimenta. [et al.]; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.
- DADUJO, J. Corporalidade: o legado de Marcel Mauss e Maurice Merleau-Ponty. **Rev. Pro-Posições**, n. 23, n. 3, p. 179-193, set-dez. 2012. Disponível em: www.scielo.br/pp/a/HwH5qX7XmBJfWkM9Rb4qQ?format=pdflang=pt
- GIACOMAZZI, et al. Venous access indication algorithm for newborns in neonatal intensive care unit. *Cogitare Enferm*. v. 28, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.8952>
- HAGEN, B et al. Tecnologias para a manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica em neonatos: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM*, v. 13, n. 4, p. 1-24, 2023.

- HC-UFTM, Esbserb – Ministério da Educação. **Protocolo: Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) Neonatal e Pediátrico: im plantação, manutenção e remoção – Serviço de Educação em Enfermagem e Comitê de Terapia Infusional**, Uberaba, 2017. 36p. Disponível em: www.gov.br/esbserb/pt-br/hospitais-e-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais.pdf
- MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUEJUSP, 1974. v. 2.
- MOREIRA, M [org.], **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar** [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. 564 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/livros4>. Acesso em: 15 de junho de 2021.
- SILVA, E. **O gesto profissional em psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho**. Tese de Doutorado em Educação - Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.
- SOUZA, et al. Propedêuticas assertivas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na inserção do cateter central de inserção periférica realizada por enfermeiros. **RECIMA21** - Revista Científica Multidisciplinar, Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia. v.4, n.1, 2023. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4n1.2440>

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CATETERISMO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM RECÉM NASCIDOS PREMATUROS: uma contribuição para a formação do enfermeiro para atuar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisador: MARIANA VERISSIMO SOARES DE AGUIAR E SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58318822.7.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Educação/UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.580.388

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa cuja abordagem é qualitativa baseada na Abordagem Ergológica do Trabalho com enfermeiros da UTI Neonatal.

Foram apresentados na Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1938785.pdf):

Critério de Inclusão: Como critérios de inclusão estabeleceu-se o tempo de atuação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para o enfermeiro de no mínimo um ano, vínculo empregatício com a instituição e o turno de trabalho. Assim, definiram-se como sujeitos, os profissionais com mais de um ano de formação e trabalho na enfermagem. O período de um ano foi determinado por entender que a construção dos saberes dos profissionais ocorrem ao longo do tempo, e dinâmico, compartilhado e depende da realidade na qual o sujeito vivencia. Com o funcionamento da UTIN nas 24 horas por dia, tanto o plantão diurno, quanto o plantão noturno foram incluídos, apesar do procedimento de PICC ser realizado com maior frequência no plantão diurno. Por se tratar de uma Instituição Pública, encontram-se muitos vínculos empregatícios no setor, tanto os enfermeiros efetivos, contratados e celetistas serão incluídos na pesquisa.

Critério de Exclusão: Como critério de exclusão optou-se por não enquadrar os enfermeiros que ocupem cargos de feristas na UTIN (profissionais que cobrem férias). A exclusão dos feristas decorreu do fato desses trabalhadores não permanecerem no setor por longos períodos, estabelecendo relações diferenciadas com a instituição e com a equipe sendo, muitas vezes,

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2006 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3406-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer 5.590.300

enfraquecidas em comparação aos demais profissionais. Além deles, os enfermeiros que estiverem em gozo de férias também serão excluídos.”

No TCLE (TCLEJulianaCEP.pdf) descreve: “A primeira etapa consistirá em observação geral das situações do cotidiano, espaço de trabalho e análise organizacional visando a compreensão da singularidade dos contextos produtivos. Nesta fase o Sr (a) será convidado (a) a preencher um questionário com questões abertas e fechadas acerca de aspectos relacionados a sua vida social e econômica, do ambiente e das condições de trabalho. A segunda etapa contemplará o acompanhamento da pesquisadora no preenchimento do questionário pelos (as) enfermeiros (as), no local de atuação do profissional, em horário previamente definidos, individualmente.

A terceira etapa terá como foco as observações sistemáticas e análise da tarefa. Após o levantamento das tarefas realizadas pelo (a) enfermeiro (a) e identificação do procedimento a ser observado, serão feitas observações sistemáticas e análise da atividade humana de trabalho e do curso da ação. [...] Neste aspecto, os procedimentos adotados consistirão em observação da atividade em situação real de trabalho e coleta de verbalizações simultâneas. As observações ocorrerão em diversos momentos em função da variabilidade e complexidade próprias do contexto hospitalar.”

Objetivo da Pesquisa:

Conforme apresentado na Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1938785.pdf):

Objetivo Primário: Compreender o gesto que explicita o saber investido no corpo-sí do enfermeiro que o permite preencher a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivo Secundário: - Identificar os constrangimentos enfrentados para gerir as demandas apresentadas, a clínica a ser estabelecida, a gestão da própria saúde e a do paciente;- Revelar os saberes e valores investidos (singular e coletivamente) no corpo dos enfermeiros, no cotidiano da assistência em uma UTIN;- Verificar o saber investido no gesto do enfermeiro ao realizar o procedimento de Inserção de Catéter Venoso Central de Inserção Periférica em um recém-nascido prematuro.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE (TCLEJulianaCEP.pdf) descreve:

“Os principais riscos de participação nesta pesquisa são: desconforto, emoção ou constrangimento durante o preenchimento do questionário e/ou devido à presença da pesquisadora no contexto produtivo; não compreensão das perguntas acerca dos levantamentos a serem indagados,

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6527 2.º Andar Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.590.266

sobrecarga de atividades. Caso ocorra, se necessário, as observações e levantamentos serão interrompidos,

cautelas e providências serão empregadas pela pesquisadora para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições adversas. Responder a esta pesquisa não envolverá quaisquer riscos significativos ao (a) Sr (a), além da expressão da sua opinião. Não será cobrada ou pedida informação que o (a) Sr (a) não concorde em fornecer.

Os riscos associados a essa pesquisa serão controlados por meio da confidencialidade dos dados. O (a) Sr (a), terá uma identificação numérica e, assim, não será exposta a sua identidade. Somente as pesquisadoras terão uma associação nome/número com o fim, somente, de se evitar a duplicidade da coleta dos dados. O objetivo do trabalho é avaliar o processo produtivo e não pessoas individualizadas. Os dados serão organizados por meio de processos de validação e fornecidos a você. Faremos todos os esclarecimentos que você achar necessários em qualquer momento da pesquisa. As pesquisadoras comprometem-se a não interferir nos processos de atendimento a serem executados pelo profissional participante, mantendo-se a uma distância apenas para observação das atividades desenvolvidas.

Benefícios O (a) Sr (a) e futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados deste estudo de trabalho realizadas têm, por consequência, a produção dos saberes sobre o trabalho humano. Por meio da pesquisa, práticas e saberes da população trabalhadora poderão ser reconfiguradas e valorizadas, como também a contribuição para a produção de conhecimento e, futuramente, auxiliar no processo de melhoria contínua no processo de trabalho e formação dos (as) enfermeiros (as).

Sigilo e Confidencialidade As pesquisadoras irão tratar a identidade do (a) Sr. (a) com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que os materiais (questionários e verbalizações) ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Para manter a sua confidencialidade, o (a) Sr. (a) terá uma identificação numérica não sendo assim exposta a sua identidade. Os únicos que terão acesso à sua identificação serão as pesquisadoras*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada no Centro Materno Infantil Juvenilna Paula de Jesus, no município de Contagem, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

CartarespostaGEP.pdf: Resposta a este CEP, Número do Parecer: 5.435.643, de 27 de Maio de 2022.

Descreve:

[-] Conforme a reestruturação dos objetivos, optou-se, por não realizar filmagem para

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º. Andar 2, Sala 2005 2, Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.580.388

observação sistemática e análise da tarefa. Será realizado a produção de verbalizações durante a observação, de como o enfermeiro se comporta e posiciona, frente as imprevisibilidades que ocorrem em um turno de trabalho para que as demandas organizacionais sejam cumpridas, com foco na segurança do paciente e em sua própria segurança e saúde.

4) Retirado o Termo de Utilização de Imagem do TCLE por não se fazer mais pertinente, uma vez que não será utilizada filmagem. 5) No TCLE, como optou-se por retirada da filmagem, a hipótese de identificação não se configura como realidade na pesquisa [...]"

"[...]1) As questões norteadoras da investigação foram reestruturadas [...]Como o gesto que explicita o saber investido no corpo-si do enfermeiro pode preencher a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? De que forma os enfermeiros enfrentam os constrangimentos para gerir as demandas apresentadas, a clínica a ser estabelecida, a gestão da própria saúde e a do paciente? Quais saberes e valores estão investidos no corpo dos enfermeiros, no cotidiano da assistência em uma UTIN? Quais saberes estão investidos no gesto do enfermeiro ao realizar o procedimento de inserção de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em um recém-nascido prematuro? [...]"

"[...]Em relação a análise da atividade, não cabe a esta pesquisa discutir as técnicas utilizadas e/ou realizadas pelos enfermeiros na Unidade ou interferir nas normas e protocolos da Instituição, seja ele o PICC, procedimento proposto pela pesquisadora para observação, ou de qualquer outro procedimento ou tarefa realizada pelo enfermeiro, que venha a ser abordada neste estudo.[...]"

Recomendações:

A coleta de verbalização durante os procedimentos de PICC deve advir espontaneamente da rotina dos envolvidos durante o procedimento do trabalho, jamais deve ser suscitada pelo pesquisador, de forma a garantir que não esteja havendo dispersão do foco durante o procedimento, e colocar em risco o paciente em atendimento. Sendo assim, as perguntas do pesquisador deverão ser realizadas em momento distinto ao procedimento que estiver sendo realizado com o paciente. A observação da pesquisa e a coleta de verbalização não podem interferir nos procedimentos da rotina do PICC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na condição que as recomendações serão atendidas, e o pesquisador ter atendido as solicitações anteriores deste CEP, aprova-se a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2ª. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4992 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.580.388

Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1938785.pdf	17/06/2022 18:49:14		Aceito
Outros	CartarespostaCEP.pdf	17/06/2022 18:48:08	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJulianaCEP.pdf	17/06/2022 02:54:27	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJulianaCEP.pdf	17/06/2022 02:52:00	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
Outros	Parecer_consubiado.pdf	29/04/2022 22:18:35	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
Outros	Questionario.pdf	29/04/2022 15:24:10	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	29/04/2022 15:22:26	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	29/04/2022 12:57:44	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia.pdf	29/04/2022 12:55:53	JULIANA CRISTINA DE LIMA MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Protocolo: 5.580.368

BELO HORIZONTE, 12 de Agosto de 2022

Assinado por:
Cristina Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2º. Andar, Sala 2005, Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Página 02 de 06