



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
PPGENF**

PRISCILA SARAIVA CARAMURU

**A “fotografia” dos problemas laborais do centro de parto normal
para a enfermeira obstétrica**

**Rio de Janeiro
2017**

PRISCILA SARAIVA CARAMURU

A “fotografia” dos problemas laborais do centro de parto normal para a enfermeira obstétrica

Linha de Pesquisa: “Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof.^ª Dr.^ª Joanir Pereira Passos

Rio de Janeiro
2017

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

C259 Caramuru, Priscila Saraiva
A fotografia dos problemas laborais do centro de parto normal para a enfermeira obstétrica / Priscila Saraiva Caramuru. -- Rio de Janeiro, 2017 . 104 f

Orientador: Joanir Pereira Passos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Ambiente de Trabalho. 3. Condições de Trabalho. 4. Saúde do Trabalhador. I. Passos, Joanir Pereira, orient. II. Título.

PRISCILA SARAIVA CARAMURU

A “fotografia” dos problemas laborais do centro de parto normal para a enfermeira obstétrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Joanir Pereira Passos
Presidente

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens
1º Examinador

Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo
2º Examinador

Profª Drª Teresinha de Jesus Espirito Santo da Silva
Suplente

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Suplente

Dedicatória

*À minha filha, que soube dividir a sua vida com o mestrado,
me motivou a ter força e a concluir esta etapa.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por sempre harmonizar meus sonhos e por colocar pessoas especiais ao meu redor:

Aos meus pais, por confiarem em mim e se orgulharem da minha determinação;

Ao meu marido, por todo apoio, ajuda e por sempre acreditar que eu posso ir além;

À minha amada filha, por ser minha companheira nos estudos desde da barriga;

Aos meus irmãos, por serem os melhores que eu jamais pudesse imaginar em ter;

À minha sogra, por ser um anjo que está disposta e não se hesita em me ajudar;

À minha professora e orientadora Joanir, por toda dedicação, apoio e cumplicidade;

Aos meus chefes, pela amizade e por sempre incentivarem o meu aprimoramento;

Aos meus amigos do Programa Cegonha Carioca, pela família que nos tornamos;

À minha amiga Daniellê, pelo carinho e por ser sempre tão disposta a me ajudar;

Às minhas amigas Karina e Renata, que conquistei no mestrado, por todo apoio;

Ao grupo de pesquisa PENSAT, pelo ensino e aprendizado;

Às enfermeiras, pois sem elas não seria capaz de concretizar a minha pesquisa;

E por fim, às funcionárias da educação permanente da maternidade, pela ajuda.

Debaixo d'água tudo era mais bonito
Mais azul, mais colorido
Só faltava respirar
Mas tinha que respirar

Debaixo d'água se formando como um feto
Serenos, confortável, amado, completo
Sem chão, sem teto, sem contato com o ar
Mas tinha que respirar (...)

Debaixo d'água por encanto sem sorriso e sem pranto
Sem lamento e sem saber o quanto
Esse momento poderia durar
Mas tinha que respirar

Debaixo d'água ficaria para sempre, ficaria contente
Longe de toda gente, para sempre no fundo do mar
Mas tinha que respirar (...)

Debaixo d'água, protegido, salvo, fora de perigo
Aliviado, sem perdão e sem pecado
Sem fome, sem frio, sem medo, sem vontade de voltar
Mas tinha que respirar

Debaixo d'água tudo era mais bonito
Mais azul, mais colorido
Só faltava respirar
Mas tinha que respirar
Todo dia

Agora que agora é nunca
Agora posso recuar
Agora sinto minha tumba
Agora o peito a retumbar
Agora a última resposta
Agora quartos de hospitais
Agora abrem uma porta
Agora não se chora mais (...)

Arnaldo Antunes

RESUMO

CARAMURU, Priscila Saraiva. **A “fotografia” dos problemas laborais do centro de parto normal para a enfermeira obstétrica.** 2017. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

Este estudo teve por objeto de investigação os problemas laborais da Enfermeira Obstétrica no Centro de Parto Normal. Os objetivos foram discutir os problemas relatados pelas enfermeiras no Centro de Parto Normal e analisar os possíveis impactos na saúde do trabalhador, a partir dos problemas relatados pelas enfermeiras obstétricas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Participaram 10 enfermeiras obstétricas do Centro de Parto Normal (CPN) de uma Maternidade situada no município do Rio de Janeiro. Para a coleta dos dados utilizou-se como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada e individual. Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados das entrevistas emergiram duas categorias temáticas: Contexto de Trabalho e Danos Relacionados ao Trabalho. Conclui-se que as enfermeiras são objetos de excitações do seu desejo reprimido, assim, inconscientemente procuram as estratégias defensivas para encontrar a normalidade enigmática do trabalho. Entretanto, o corpo somático não funciona por muito tempo com o desejo reprimido, tendo potencialidade de provocar o adoecimento físico ou mental.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Ambiente de Trabalho; Condições de Trabalho; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

CARAMURU, Priscila Saraiva. **The "photograph" of the labor problems of the normal delivery center for the midwife-led care.** 2017. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

This study aimed to investigate the work problems of the Obstetric Nurse in the Normal Birth Center. The objectives were to discuss the problems reported by the nurses at the Normal Birth Center and to analyze the possible impacts on the health of the worker, based on the problems reported by the obstetric nurses. This is a descriptive study with a qualitative approach. Participated 10 obstetric nurses of the Center for Normal Birth (ANC) of a Maternity Hospital located in the city of Rio de Janeiro. For the data collection, a semi-structured and individual interview script was used as instrument. Data were analyzed using the Bardin content analysis. The results of the interviews emerged two thematic categories: Work Context and Work Related Damage. It is concluded that nurses are objects of excitement of their repressed desire, so they unconsciously seek defensive strategies to find the puzzling normality of work. However, the somatic body does not work for a long time with repressed desire, having the potential to cause physical or mental illness.

Descriptors: Obstetric Nursing; Desktop; Work conditions; Worker's health.

GALERIA

Foto 1 -	Análise dos dados a partir das unidades de significação e categoria, Rio de Janeiro, 2016	44
Foto 2 -	Síntese das unidades de significação que emergiram das unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016	45
Foto 3 -	Síntese das unidades de significação que emergiram das entrevistas em ordem crescente, Rio de Janeiro, 2016	46
Foto 4 -	Diagrama das unidades de significação: organização de trabalho e relações de trabalho, Rio de Janeiro, 2016	48
Foto 5 -	Unidade de significação – Organização de Trabalho, Rio de Janeiro, 2016	49
Foto 6 -	Unidade de significação – Relações de trabalho, Rio de Janeiro, 2016	54
Foto 7 -	Unidade de significação – Sofrimento e as respectivas unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016	61
Foto 8 -	Sofrimento – Principais unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016	66
Foto 9 -	Estratégias defensivas – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	68
Foto 10 -	Estratégias defensivas – Principais unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016	72
Foto 11 -	Unidade de significação – A normalidade enigmática, Rio de Janeiro, 2016	75
Foto 12 -	Normalidade – Principais unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016	79
Foto 13 -	Unidade de significação – Patologias, Rio de Janeiro, 2016	80
Foto 14 -	Síntese das palavras mais citadas nas entrevistas, Rio de Janeiro, 2016	84
Foto 15 -	Síntese da “fotografia” dos problemas laborais do centro de parto normal para a enfermeira obstétrica, Rio de Janeiro, 2016	87

LIISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Idade das enfermeiras obstétricas, Rio de Janeiro, 2016	40
Gráfico 2 -	Tempo de trabalho das enfermeiras obstétricas na instituição, Rio de Janeiro, 2016	41
Gráfico 3 -	Tempo de trabalho das enfermeiras obstétricas no Centro de Parto Normal, Rio de Janeiro, 2016	42
Gráfico 4 -	Enfermeiras obstétricas por turno de trabalho, Rio de Janeiro, 2016	42
Gráfico 5 -	Enfermeiras obstétricas quanto ao número de vínculos, Rio de Janeiro, 2016	43
Gráfico 6 -	Organização de trabalho – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	51
Gráfico 7 -	Relações de trabalho – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	53
Gráfico 8 -	Sofrimento – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	62
Gráfico 9 -	Estratégias Defensivas – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	69
Gráfico 10 -	A normalidade enigmática – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	76
Gráfico 11 -	Patologias – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPN Centro de Parto Normal

OMS Organização Mundial de Saúde

OS Organização de Serviço

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 Problematização	13
1.2 Objetivos	15
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo	16
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A Transformação do Campo Obstétrico e a Inserção da Enfermagem Obstétrica	18
2.2 A Reestruturação Produtiva e o Trabalho Prescrito no Centro de Parto Normal (CPN)	21
2.3 A Precarização do Trabalho Real da Enfermeira Obstétrica	25
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	31
3.1 Natureza do Estudo	31
3.2 Cenário do Estudo	33
3.3 Participantes do Estudo	33
3.4 Aspectos Éticos	34
3.5 Instrumento e Coleta de Dados	34
3.6 Análise dos Dados	35
3.7 Fotografando os Dados	37
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS FOTOGRAFIAS	39
4.1 Caracterização dos Participantes	39
4.2 Discussão das Fotografias Advindas dos Depoimentos	43
4.3 Categorias Discutidas	46
4.3.1 Categoria I - Contexto de Trabalho	47
4.3.2 Categoria II - Danos Relacionados ao Trabalho	59
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista	98
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – UNIRIO	99
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – SMS-RJ	102
ANEXO 3 – Termo de Compromisso com a Instituição	103
ANEXO 4 - Termo de Anuência	104

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Problematização

“Conceitualmente, trabalho refere-se ao empreendimento das forças e potencialidades físicas e psíquicas que o homem utiliza para satisfazer suas necessidades ou para atingir seus objetivos” (SECCO et al, 2011, p.70). O trabalho é entendido na sua complexidade interdisciplinar, exige esforço e determinação, precisa estar ligado e fazer sentido para o desejo do sujeito e não reprimir o seu desejo, servindo somente como obrigação imposta pela necessidade monetária (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

Sabe-se que reprimir o desejo do sujeito acarreta consequência para a saúde do mesmo. O significado de desejo está amparado na necessidade fisiológica e na demanda de amor. De modo que, ao reprimir o desejo, entende-se que o equilíbrio psíquico e somático estará desnivelado (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015). Nesta vertente, o trabalho passa a ter um efeito rebote do que é esperado pela sua conceituação, “gerando desprazer, expresso numa vivência de sofrimento, com sintomas específicos, transformando o trabalho em necessidade de sobrevivência, no lugar de fonte sublimatória de prazer” (MENDES, 1995, p. 35).

Na atual conjuntura do sistema de saúde, observa-se que o profissional está exposto a inúmeros problemas relacionados ao contexto do trabalho. A vivência no contexto de trabalho é caracterizada pela organização, condições e relações de trabalho, e é o que retrata o sentido dado ao trabalho. Assim, na dialética do trabalho, o profissional poderá vivenciar o prazer e sofrimento, pois “de um lado, encontra-se a pessoa e sua necessidade de prazer; e do outro, a organização, que tende à instituição de um automatismo e à adaptação do trabalhador a um determinado modelo” (MENDES, 1995, p.35). Entretanto, qual é o lugar do desejo e qual é o lugar do prazer do trabalhador? (DEJOURS;

ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

Trabalhadores de enfermagem têm de suportar o desgaste físico e psíquico da lida com a dor e o sofrimento, dos imprevistos das salas de emergência e cirúrgicas, com a necessidade de adaptação as novas tecnologias e alteração na produção dos serviços, do cotidiano que necessita compatibilizar a profissão pouco reconhecida e mal remunerada com a própria manutenção e a de seus dependentes; esses fatores traduzem-se em cargas de trabalho que revertem em desgaste para o trabalhador, cujo enfrentamento requer postura de resistência, num processo adaptativo, para superar as dificuldades apresentadas no cotidiano. (SECCO et al, 2011, p. 71)

Estes problemas relativos ao sistema de saúde tiveram influência da reestruturação produtiva. O estudo de Prata, Progianti e David (2014) infere que o modelo ideário neoliberal, em tempo de crise, ocasionou essa reestruturação produtiva do sistema de saúde, impondo novas dinâmicas no ambiente de trabalho. Estas novas dinâmicas – cuja perda de direitos conquistados pelos trabalhadores devido o Estado não regular mais nada e assim tornando-se em Estado mínimo - trouxeram uma modificação da organização de saúde, pautados na flexibilização e precarização das relações de trabalho na saúde. Com isso, causou uma fragilidade dos novos arranjos laborais, celetista e cooperativa, e deixou o profissional vulnerável, no que se refere ao vínculo, a responsabilidade e ao envolvimento.

Entretanto, esse novo arranjo de reestruturar a produção, visando diminuir gastos do sistema de saúde, redesenhou a área obstétrica com a inserção de uma tecnologia leve, o trabalho vivo, na humanização do parto, ampliando e contextualizando a enfermagem obstétrica. Nesta perspectiva, “resta é saber quais as configurações que os modos mais recentes de reorganização do trabalho impõem ao setor de serviços e de saúde, e, em especial, para a prática da enfermagem obstétrica” (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Haja visto que, na atividade da enfermeira obstétrica, apesar de o trabalho ser desenvolvido com muito prazer, existem problemas na dinâmica do trabalho,

que podem influenciar a execução do trabalho prescrito na assistência ao parto humanizado. Marque, Dias e Azevedo (2006, p. 442) acreditam que o processo de humanização é difícil de ser implementado no atual sistema de saúde, mas que com “um pouco de boa vontade do profissional” se consegue prestar uma assistência ética e digna para a cliente. Entretanto existem vieses que extrapolam a “boa vontade” dos profissionais, que “são necessários respeito aos direitos sociais, vontade política, investimentos em remuneração dos profissionais e estruturação de hospitais e maternidades” (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006, p. 442).

Acerca disso, pode ser produzido nos profissionais uma carga psíquica e motora, dado que “o organismo do trabalhador não é um “motor humano”, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015). Ademais, mesmo que o profissional tenha como aspecto positivo o engajamento e a astúcia para resolver os problemas do sistema, a sobrecarga é iminente e os riscos para a saúde do trabalhador uma questão de tempo (SILVA, 2011).

Diante do exposto, o estudo tem como objeto de investigação os problemas laborais da Enfermeira Obstétrica no Centro de Parto Normal.

E as questões norteadoras são:

- Como fotografar os problemas enfrentados pelas enfermeiras obstétricas no Centro de Parto Normal?
- Quais os possíveis impactos na saúde destas profissionais?

1.2 Objetivos

O presente estudo teve como objetivos:

- Discutir os problemas encontrados na fotografia a partir dos relatos das enfermeiras do Centro de Parto Normal;
- Analisar os possíveis impactos na saúde do trabalhador, a partir dos problemas relatados pelas enfermeiras obstétricas.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

Acredita-se, empiricamente, que o fato da Enfermeira Obstétrica se destacar por atuar com parcial autonomia técnica na assistência ao parto, o faz investir mais em pesquisas relacionadas ao binômio mãe e filho, prezando difundir as políticas públicas de qualidade do seu *habitus*, disseminando as boas práticas na assistência ao parto normal. Hipoteticamente, pode-se justificar tal fato pelo envolvimento das profissionais com os aspectos peculiar e único pois participa, majoritariamente, do momento mais sublime na vida de uma mulher: o nascimento.

Contudo, atuar na assistência ao parto, mesmo que seja geradora de satisfação, convivem com problemas no contexto de trabalho, do Centro de Parto Normal (CPN), que são “geradoras de desgaste, cansaço e fonte de efeitos maléficos sobre a saúde da própria enfermeira” (NUNES; FERREIRA; PAIVA, 2002).

Em tempo, foi observado na prática que é comum as enfermeiras questionarem o processo de trabalho da Enfermagem Obstétrica, porém sem se aprofundar cientificamente nas consequências negativas da reestruturação produtiva. Tal motivo vem justificar essa pesquisa, visto que, “a partir da troca interlocutória e de discussão pesquisadores – trabalhadores que emerge uma parte importante do iceberg da realidade, mascarada na profundidade das estratégias coletivas em face da organização do trabalho (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2015, p. 142).”

“O campo da saúde do trabalhador deve, então, adotar novas abordagens para dar conta das complexidades dos atuais contextos de trabalho que se apresentam sob novas formas de gestão e implicam em riscos e custos para o trabalhador” (CAMPOS, 2008). Pois, segundo a psicopatologia do trabalho, o trabalhador interpreta as contradições de trabalho e organiza-se de forma mental, afetiva e física, para reagir ao sofrimento patogênico do trabalho. “Em outros termos, o vivenciado e as condutas são fundamentalmente organizadas pelo sentido que os *sujeitos* atribuem à relação no trabalho”, assim, formando e reformulando a sua identidade profissional (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2015,

p. 140).

Portanto, a relevância do estudo implica em fomentar dados que corroboram para o conhecimento sobre o processo de trabalho no Centro de Parto Normal e o risco de deletérios na saúde das enfermeiras obstétricas. Inferindo-se que o trabalho é um dos determinantes na qualidade de vida, logo julga-se importante o seu aprofundamento técnico e científico, para a aproximação entre trabalho prescrito e real, correspondendo as necessidades básicas e desejos do homem, fornecendo tanto subsídios para as profissionais e gestores zelarem pela saúde dos trabalhadores.

Pretende-se, ainda, fortalecer a produção científica da Linha de Pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), contribuir no embasamento de estudos e de novas pesquisas sobre a temática.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Transformação do Campo Obstétrico e a Inserção da Enfermagem Obstétrica

*“... É que eu tô, tô grávida; Esperando um avião;
Cada vez mais grávida; Estou grávida de chão;
E vou parir sobre a cidade; Quando a noite contrair;
E quando o sol dilatar; Dar à luz...”*

Marina Lima

Em um contexto histórico, o parto vem sofrendo transformações, acompanhando os aspectos sociais e econômicos mundial, decorrente da institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Sabe-se que o apoio para mulher no trabalho de parto e parto era oferecido por curiosas que eram enraizadas da mesma comunidade. Essas parteiras por serem conhecidas por suas experiências transmitiam segurança e apoio para mulher, além de ajudar nas tarefas do lar, caso fosse necessário (LEISTER, 2011).

No Brasil, a atuação no parto começou a ter educação formal em 1832, onde todas as parteiras deveriam fazer um curso de assistência ao parto que estava vinculado à medicina e necessitava ter autorização do físico-mor ou do cirurgião-mor do Império para concessão da “Carta de Examinação”, para somente então poder-se atuar no parto. Tal conduta, pouco obedecida pelas parteiras, perdurou até 1949 e tinha como principal característica a submissão dessas ao poder controlador da equipe médica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Ainda no final do século XIX, visando-se restringir e controlar a atuação das enfermeiras no setor hospitalar, os médicos idealizaram que as parteiras poderiam também atuar como enfermeiras. Desta forma, mudariam a atuação instintiva (da classe das parteiras) para evidências científicas (da categoria de enfermagem)

(RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

O ensino de enfermagem passou por modificações curriculares ao longo do século XX. A partir de 1970, a faculdade de enfermagem fundiu o currículo de enfermagem e de obstetrícia, com três fases: a pré-profissional, o tronco profissional comum e a habilitação. No entanto, entre os anos de 70 a 80, a assistência ao parto passou por uma transição para hospitalocêntrico, limitando o espaço dos egressos de Enfermagem Obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; MOUTA; ROGIANTI, 2009). Para esses profissionais começarem a ser introduzidos, pelos gestores, na prática das maternidades do município do Rio de Janeiro, foi preciso que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985, publicasse um documento sobre a tecnologia apropriada para partos e nascimentos, enfatizando o direito da mulher no ciclo puerperal, proporcionando mais dignidade no protagonismo do seu parto, assim diminuindo o modelo biomédico de intervenções desnecessárias (PRATA; PROGIANTI, 2013).

Em tempo, foi necessário um arcabouço legal com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem Obstétrica. A Lei nº 7.498 de 1986, incumbe: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Com a junção da vontade política em reconhecer o exercício profissional da enfermagem obstétrica e o embasamento legal, engendrou busca da identidade profissional. Pois, em 1988, a enfermagem foi valorizada como possuidora de saberes científicos humanizados no processo de parturição e foi introduzida na sala de parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; PROGIANTI; MOUTA, 2009).

No ano de 1994 ocorreu no Brasil a Conferência de Cairo, com ênfase nos direitos da mulher como cidadã e, além disso a discussão sobre o currículo da enfermagem obstétrica, sendo modificado: deixou de ser habilitação (concedido em nível de graduação) passou a ser especialização (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Assim, este contexto teórico favoreceu a legitimação da especialidade, na assistência ao parto, com as Portarias nº 2.815/98 e 169/98. Estas Portarias foram sancionadas devido à necessidade de transformar o campo da obstetrícia, pois o uso indiscriminado de intervenções, pelo modelo biomédico, resultou no aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal. Este contexto preocupou as autoridades brasileiras da época, trazendo à tona o uso indiscriminado de medicalização e do autoritarismo dos médicos, interferindo na saúde perinatal (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Por isso, acompanhando uma tendência mundial em busca da humanização do parto normal, no Rio de Janeiro, houve a inserção da enfermagem obstétrica na sala de parto, assim como a introdução do modelo humanizado no partear, o que fez gerar divergências entre equipe médica e equipe de enfermagem obstétrica. Divergências essas hipotéticas, porque a enfermagem criou e estruturou um saber próprio embasado em evidências (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Por sofrer influência do Estado e do processo político/social, o reconhecimento de uma profissão está muito além da capacidade técnica (*expertise*) para convencer a sociedade que os membros daquela categoria são confiáveis (BELLAGUARDA et al 2013). Pelo exposto, foi necessário que as enfermeiras obstétricas divulgassem o seu trabalho de humanização à sociedade.

Inserindo-se, primeiramente nos grupos de gestantes, estabeleceu-se um elo de segurança e confiança mútuo entre as gestantes e os acompanhantes. Com a boa aceitação da sociedade, conseguiu-se êxito para abertura de um canal de negociação entre a Secretaria de Saúde e as enfermeiras obstétricas para a permanência da assistência ao parto normal na sala de parto da Maternidade Leila Diniz. O trabalho do grupo de enfermeiras obstétricas foi, então, conquistando destaque no modelo humanizado (nos níveis político e científico), o que incomodou os médicos que não estavam acostumados a atuarem com humanização a resistirem a esta prática (PROGIANTI; MOUTA, 2009; MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Em tempo, o grupo de médicos que dominavam o espaço hospitalar e

eram opositores ao parto normal humanizado levantaram um movimento para o afastamento das enfermeiras obstétricas que assistiam aos partos da maternidade Leila Diniz. Diante deste movimento, o diretor da maternidade, influenciado pelo jogo de poder dos médicos, optou pela exoneração das enfermeiras obstétricas. Entretanto, como a Secretaria de Saúde tinha o objetivo de disseminar essa estratégia de assistência, que estava fornecendo resultados satisfatórios para as outras maternidades do município, esse grupo de enfermeiras obstétricas se manteve como educadores do modelo humanizado para toda a rede municipal. Assim, a luta das enfermeiras obstétricas perpetuou-se ao longo da sua introdução nos Centros de Parto Normal (CPN) da rede municipal e de um novo conceito de inovação tecnológica - “técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados nas diferentes fases do processo de parir e nascer” (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014, p. 1127).

Após longos anos de luta, a Enfermagem Obstétrica conseguiu ter papel ativo sob o modelo de humanização do parto e nascimento, reconfigurando-se no campo obstétrico. Esse modelo de inovação tecnológica, não invasiva, está incorporado ao saber-fazer, pois modificaram e resinificaram o modo dos cuidados assistenciais, subjacentes de um conjunto de saberes estruturados, emanados da prática (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

2.2 A Reestruturação Produtiva e o Trabalho Prescrito no Centro de Parto Normal (CPN)

*“... Mas é preciso ter força; É preciso ter raça;
É preciso ter gana sempre; Quem traz no corpo a marca;
Maria, Maria; Mistura a dor e a alegria...”
Milton Nascimento*

A conjuntura do trabalho neoliberal liderado por grandes empresas de produção em massa, flexível, desprovidos de direitos passou por uma

reestruturação produtiva. Ocorreu a velha e histórica metamorfose da precariedade do trabalho, transformando o capitalismo em diversas dimensões: trabalho flexível, trabalho desprovido de dinheiro e trabalho terceirizado (ANTUNES, 2014).

A reestruturação produtiva significa exatamente reestruturar a produção, visando aumentar o lucro. Assim, muda-se a forma de organização do trabalho, ocasionando como consequências: a diminuição dos postos de trabalho, aumento do ritmo e intensidade do trabalho, adequação e formação do trabalho em múltiplas funções e subcontratação (NELI, 2006).

Este sistema destrói, explora, intensifica e adocece o homem, devido a inserção de metas no trabalho. Acredita-se que a cobrança por metas desumanas, que não são concretas para a realidade da precarização do trabalho, leva a subordinação do trabalho e como consequência do processo vicioso o adoecimento, acidentes e morte (ANTUNES, 2014).

Em ambiente hospitalar, isso é justificado pelo fato do trabalhador estar em constante esforço para manter a qualidade da assistência prestada na atual condição do “comércio” saúde. Assim, o trabalhador executa tarefas polivalentes e multifuncionais que, entretanto, não são valorizadas, seja por forma individual ou coletiva. Desta forma, tomados por sentimentos de impotência e estagnação e, sobrecarregados pela alta demanda e falta de recursos humanos, acabam adoecendo de forma (in)consciente.

No contexto da precarização do trabalho da enfermagem, Melo et al (2016) cita que a profissional “(...)submete-se a condições de trabalho inadequadas, baixos salários, jornadas extensas e intensas de trabalho, além de assumir múltiplas e distintas atividades (polivalência no trabalho) e acumular vínculos de trabalho como forma de aumentar os rendimentos”, maximizando a potencialidade da categoria se tornar ainda mais vulnerável às doenças do trabalho.

Entretanto, com reestruturação produtiva no campo obstétrico as enfermeiras obstétricas foram inseridas na assistência ao parto vaginal de risco

habitual. Esse panorama catalisou maior autonomia e espaço no mercado de trabalho, passando a profissional a atuar na rede municipal do Rio de Janeiro e, posteriormente, a serem admitidas por empresas de terceirização de ordem de serviço, em maternidade pública. Entretanto, o aumento da inserção da especialização campo, há um olhar multifacetado e obscuro das organizações, objetivando, com a reestruturação produtiva, obter flexibilidade. Ou seja, com mão de obra qualificada e menos onerosa, o mesmo trabalhador executa várias funções e o seu ritmo obedece à demanda de trabalho (PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

Para tanto, com a flexibilidade de uma mão de obra menos custosa, aliada a tecnologia leve, que diminui o índice de parto cesáreo, a enfermagem obstétrica está relacionada com o cuidado não invasivo e com a humanização no parto. Humanização esta que não se limita somente em incentivar, apoiar e assistir a mulher a parir por via vaginal. Inclui, também, respeitar a dignidade e a vontade da mulher e sua família, dando-lhe subsídio para ser protagonista do seu parto, agindo de forma instintiva e decidindo sobre a forma mais confortável para o período expulsivo (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Nesta perspectiva da tecnologia não invasiva, a filosofia da enfermagem obstétrica tem como missão abolir a violência obstétrica, atuando com um olhar holístico, resgatando o protagonismo da mulher e prestando assistência com acolhimento e humanização, usando os saberes estruturados das enfermeiras obstétricas, com isso, diminuindo o índice de morte materna e fetal (BASBARTEFANO; VARGENS, 2009).

Promover e exercer ações preventivas são partes dos aspectos que caracterizam o ser enfermeiro como cuidador de indivíduos, famílias e comunidades, na saúde e na doença. Esse seu cuidar envolve funções básicas como educativa, administrativa, assistencial, de pesquisa entre outras. A prevenção de morte materna evitável é objetivo crucial nessa abordagem sobre os desafios do enfermeiro numa realidade tão questionável em termos de atenção à saúde da mulher cidadã de direitos (BASBARTEFANO; VARGENS, 2009).

Assim, atuar neste processo de redução das mortes perinatais, também significa compreender a fisiologia do parto, sem intervenções desnecessárias, além de exigir que a enfermeira obstétrica tenha artifícios para favorecer um encontro interpessoal com um posicionamento claro e decisivo, que resulte em sentimento de segurança para a parturiente. E, ainda, faz-se necessário o encontro vivo, em que o profissional respeite a sensibilidade daquele momento, permitindo a transmissão dos seus sentidos: ouvir, tocar, cheirar e ver, somados ao conhecimento teórico e prático. O “não fazer”, neste sentido, expressa o natural e o fisiológico do parto. No entanto, envolve também a percepção atenta para intervir em quaisquer intercorrências (GOMES; SILVA, 2014).

Entretanto, essa serenidade e calma para que a mulher deixe que seu instinto aja por si só, não é rotina facilmente administrada haja vista que o estresse é bem exacerbado, sendo justificado como inerentes ao momento do parto, e pode influenciar nas decisões clínicas e no vínculo de confiança da mulher (GOMES; SILVA, 2014). Por isso, cabe a profissional conhecer suas limitações protocolares e, em caso de complicações, renunciar à assistência ao parto, pois é óbvio que o desfecho esperado para o nascimento é a vida e a saúde de ambos. O significado desse processo é permitido pelas boas práticas do trabalho em equipe, sem diminuir ou menosprezar qualquer categoria.

Com um olhar clínico no trabalho prescrito (palavra escrita) da enfermagem obstétrica, evidencia-se que é necessário que o Centro de Parto Normal (CPN) seja um ambiente acolhedor e favorável; seja um ambiente de estímulo do empoderamento à mulher no processo, exercendo sua autonomia de forma compartilhada; seja respeitado à fisiologia do processo; e que seja estimulado a capacitação, o reconhecimento e a autonomia dos profissionais (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Diante do exposto, percebe-se que atuar no CPN estimula sentimentos dialéticos para a profissional pois, ao passo que a categoria teve incentivo à atuação num momento de crise econômica, enfrenta tabus culturais, pois a profissional ainda não é reconhecida como competente para a assistência à parturiente.

2.3 A Precarização do Trabalho Real da Enfermeira Obstétrica

*“... Ando devagar porque já tive pressa;
E levo esse sorriso porque já chorei demais;
Cada um de nós compõe a sua história;
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz;
de ser feliz.”*

Almir Sater

A precarização do trabalho exige que o profissional trabalhe cronicamente em regime de insuficiência de pessoal e com perda de direitos trabalhistas. Tomado pelo medo de ficarem desempregados os trabalhadores submetem-se a pressões e ameaças do trabalho criando uma neutralidade e estratégias defensivas como astúcia para “sobreviverem” diante da sobrecarga em prol de sua sublimação (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

Apesar de ser evidente que a boa prática empregada em grandes partes pela enfermagem obstétrica consegue desconstruir a imagem de um parto realizado com tecnologia dura e intervenções que não seriam necessárias, a enfermagem ainda encontra problemas relacionados ao processo de trabalho sobre os estigmas e clichês das vivências socialmente construídas sobre a forma de parir. Uma outra dificuldade está relacionada a precarização do sistema de saúde que não investe no pré-natal, aonde passe informação sobre os aspectos relacionados com as boas práticas da enfermagem obstétricas e o benefício disso para o trinômio: mãe, pai e filho.

A cultura sobre a vivência e percepção da dor no parto perpassa por cultura e encontra embasamento na Bíblia Sagrada: multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores. O fato é que desde sempre a dor do parto é transmitida de geração em geração imprimindo às crianças que não serão capazes de suportarem a dor do parto (SOUZA et al, 2015 p. 1995).

Então as pessoas têm a visão de que o parto ideal corresponde ao parto sem dor, hospitalocêntrico, com cirurgia (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTIN, 2016). O antagonico produz margem para o medo e gera tensão psíquica que leva

ao aumento da dor em virtude da tensão dos órgãos e tecidos, formando um ciclo vicioso (SOUZA et al, 2015).

Porém, se o pré-natal preparar a mulher com informações e orientações pertinentes ao parto, esta enfrentará este processo com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas (SOUZA et al, 2015).

Então, este contexto influencia diretamente na assistência ao parto realizado pelas enfermeiras obstétricas, uma vez que as mesmas têm que atuar na desconstrução negativa cultural do parto no momento ativo do trabalho de parto, usando a comunicação para a compreensão do problema do usuário e interesse em ajudá-lo, elucidando-o e educando-o sobre as possíveis alternativas de ação não farmacológicas para alívio da dor. Este artifício não é fluentemente conduzido pelas enfermeiras obstétricas, porquanto por vezes necessitam empregar intervenções, contradizendo o cuidado humanizado para uma melhor inclusão e aceitação da mulher no ato de dar à luz (SOUZA et al, 2015).

Igualmente acontece quando o pré-natal é deficitário e não consegue por vezes aclarar a mulher e o seu acompanhante sobre o processo de trabalho de parto e parto pelo qual ambos passaram, para assim, a mulher chegar no CPN ciente do uso das tecnologias não farmacológicas, já que o sistema de saúde público impõe a via de parto vaginal para as gestantes de risco habitual. É certo que parir por via vaginal traz benefício para mãe e filho, mas a mesma não tem ciência dos benefícios durante as consultas de pré-natal e isso prejudica o processo de trabalho da enfermagem obstétrica.

“Nesta perspectiva, observa-se que muitas mulheres não conhecem ou fazem valer seus direitos, submetendo-se ao sistema e ao profissional de saúde, especialmente em momentos cercados de temores e fragilidades...” (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013 p. 1061).

Neste momento de fragilidade, fica difícil formar vínculo entre a enfermeira obstétrica e a mulher, na medida que quando a assistência ao parto é divulgada desde do início da gestação, consegue-se estabelecer o aumento da

credibilidade profissional pois muitos usuários apreciam e passam a respeitar e apoiar o trabalho da enfermeira. Entretanto, esta articulação da divulgação passa por dicotomias, pois ao passo que o sucesso do trabalho é notório, existe um sistema que busca levantar críticas ao modelo humanizado, valendo-se dos mesmos elementos da divulgação para prejudicarem a prática (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTIN, 2016). Para tanto, deve-se investir extremamente em informação para minimizar os receios das parturientes, não somente da profissional no CPN, mas desde o pré-natal com oficinas e rodas de gestantes (SOUZA et al, 2015).

Com efeito, no trabalho real além dos agravantes da relação com a clientela (discorrido à cima) vê-se a assistência ao parto de modo fragmentado entre as equipes multidisciplinares, atuando sob forma de processo operacional padrão. Empiricamente, pode-se comparar essa atuação com uma linha de produção (mecanicista), onde o resquício disso influencia diretamente na hegemonia de intervenções desnecessárias, devido as contradições entre os profissionais presentes no cenário obstétrico (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Isso pode aumentar as chances de problemas na dimensão socioprofissional resultantes da interação das chefias superiores, membros da equipe de trabalho, membros de outros grupos de trabalho e usuários. Assim, é comum a divergência entre as equipes, devido ao choque de filosofia a respeito da visão do parto como um processo fisiológico e menos intervencionista, ausência de protocolo para definições de responsabilidades e avaliação de risco obstétrico, que pode ser alterado a qualquer momento, ou seja, o parto de baixo risco, ou risco habitual, que compete à enfermeira obstetra pode evoluir abruptamente para alto risco possibilitando margem para a discussão com a equipe médica.

Numerosos conflitos surgem no interior dos coletivos de trabalho, demonstrando que nem sempre a renúncia é facilmente consentida por todos. Alguns recusam estas limitações que ocasionam um sofrimento intolerável ao seu desejo de se colocar à prova sem nenhum outro entrave que os seus próprios limites. O individualismo triunfa, então, com risco

de arruinar o coletivo e a cooperação (DEJOURS, 2004).

No antagônico, sem uma boa relação entre as equipes, prevalece o mito da competência da enfermeira obstétrica ser ínfera ao do médico, ocasionando resignação. E, sem o apoio organizacional e político, o saber-fazer (técnica associada ao conhecimento) fica nas entrelinhas, carecendo do sentido da ética, assim como da técnica (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Com isso, em grande parte das Instituições Hospitalares, depara-se com a regressão do processo de trabalho da enfermagem obstétricas a um nível, essencialmente, burocrático. Por possuírem identidade híbrida, de enfermeira e de obstetriz, assim, dificultando a assumir um perfil estritamente assistencial, seja pelo quantitativo reduzido de funcionárias ou pelo choque científico entre médicos e enfermeiras (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Além disso, no âmbito do reconhecimento profissional engendra insatisfação, pois mesmo com o respaldo legal, as enfermeiras obstétricas não recebem remunerações correspondentes ao procedimento do parto normal de risco habitual, e não assinam a emissão de laudo de internação (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

Outra dificuldade encontrada para a atuação plena da categoria é a busca por uma identidade profissional, pois sua atuação e autonomia é extremamente vulnerável e dependente do *script* e da política de cada maternidade, município e estado. Ademais, mesmo com todo arcabouço, embasado por Lei e Decreto, a enfermagem obstétrica é vetada de exercer plenamente sua atividade na assistência ao parto normal. Esse veto é cultural centrado no modelo, de poder e hierarquia, da figura médica.

A esse respeito, o estudo de Sousa et al (2012) abordou sobre as dificuldades laborativas da enfermagem obstétrica e evidenciou que os problemas enfrentados por eles estão relacionados desde as dificuldades que transmite um pré-natal deficiente até as questões da ausência de recursos humanos necessários para a assistência no CPN, ausência de cursos de pós-graduação (em nível de

mestrado e doutorado) e a baixa autonomia da enfermagem obstétrica.

Então, segue a enfermagem obstétrica na busca de autonomia, na luta de valorização, trabalho mútuo e integrado. A autonomia na área da saúde e em meio a precarização do trabalho não é absoluta, dado que o trabalho em equipe fragmentado e não exclusivo para uma categoria gera disputa de poder, em busca do monopólio. “Sendo assim, os profissionais da área devem trabalhar com certo grau de autonomia, pois cada ato assistencial é singular e requer a decisão de condutas adequadas às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários” (MELO et al, 2016).

Neste contexto, pode-se citar como fonte de excitação na dimensão organizacional a divisão das tarefas que são representadas pelas hierarquias, controles e divisões de responsabilidades. No que tange os profissionais da obstetrícia, ainda existem paradigmas a serem abolidos. Os médicos ainda receiam que sejam responsabilizados por eventuais falhas da equipe de enfermeiras, pois ainda não se atualizaram acerca dos limites da atuação de cada equipe (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012).

Além do aspecto organizacional do padrão biomédico, que expõe a profissional a conflitos sociais tanto com o médico quanto com os clientes – que por muitas vezes descontam a culpa do sistema de saúde na enfermagem – ainda existem os problemas das condições de trabalho, que podem causar riscos ocupacionais causados por agentes físicos, químicos, biológicos e/ou ergonômicos.

Nesta conjuntura, o CPN (apesar de ser um ambiente que simboliza a vida) é muito tenso, dadas as circunstâncias da dinâmica do cenário: gemidos e gritos das mulheres, acompanhantes e profissionais; burocracia com recursos humanos, materiais, equipamentos e registros; responsabilidade na assistência a mulher e recém-nascido; previsão de intercorrência e intervenção; respeito quanto ao desejo da mulher ao adotar uma posição para o parto e ao profissional em assistir em posição ergonomicamente forçada.

Assim, vê-se um exemplo claro da expectativa imposta na adaptação do trabalhador ao contexto de trabalho: na dimensão das condições de trabalho,

quando a demanda de clientela extrapola a capacidade física estrutural de atendimento, tem como consequência o aumento do ritmo de trabalho e das estratégias do improviso. A superlotação interfere na assistência prestada, pois falta recursos materiais e humanos para prestar uma assistência digna (OLIVEIRA, 2014).

Para tanto, as condições do trabalho, as relações socioprofissionais, as vivências de prazer e sofrimento, as exigências do contexto de trabalho e os danos físicos, cognitivos e psicológicos causados pela realização das tarefas são elementos que devem ser investigados para avaliação dos riscos de adoecimento ocupacional (BARROS; HONÓRIO, 2015, p.23).

Em conclusão, conhecer a realidade do trabalho é fundamental para que se comece a investir em mudanças. Entender essa realidade exige estudo, pesquisas sobre problemas correlatos e opiniões dos profissionais envolvidos. Ademais, “se não houver a possibilidade de o trabalhador exercer sua atividade laboral com liberdade e respeito à expressão de seu saber fazer, a pressão sofrida poderá se transformar em sofrimento e, conseqüentemente, em risco de adoecimento” (BARROS; HONÓRIO, 2015, p.23).

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, que são pesquisas capazes de entender o significado e a intencionalidade inerente aos atos, e com isso permitem a compreensão e até mesmo a reflexão sobre um determinado tema. Trabalha com o universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

O estudo com abordagem descritiva fundamentado na psicodinâmica Dejouriana para compreender o desafio da distância existente entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, “levando em conta todas as exigências que a organização de trabalho contribui para a identidade profissional, interferindo na saúde, na segurança e na qualidade do que é produzido” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015, p. 19).

Para a psicodinâmica, o trabalho ocupa um lugar central na construção da identidade, das formas de sociabilidade e da autoestima, bem como na determinação do sofrimento psíquico. A psicodinâmica do trabalho vem em busca da compreensão da dinâmica psíquica diante das pressões geradas do conflito entre o desejo do sujeito trabalhador e os modelos fixos de gestão do trabalho (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014).

Tais pressões são divididas em condições de trabalho e organização de trabalho. As condições de trabalho têm como alvo o corpo do trabalhador, potencializando a geração de desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. A organização de trabalho é composta pela divisão de trabalho, conjunto de atividades prescritas representadas pela divisão de tarefas entre os operadores, repartição e cadência; e pela divisão de homens, representada pela repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

Ou seja, a psicodinâmica do trabalho possibilita a compreensão sobre a

subjetividade do trabalho. E tem como foco principal o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para a superação e transformação do trabalho em fonte de prazer. Para tanto, são descritas três premissas, que estão interligadas, como ponto de partida para o estudo da psicodinâmica do trabalho: sujeito na busca de autorrealização (identidade profissional), interpretação do sujeito pelo prescrito e o trabalho real e desejo de julgamento pelo outro, o reconhecimento (BUENO; MACÊDO, 2012).

Frente a isso, a psicodinâmica do trabalho torna-se uma “abordagem apropriada na tentativa de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador” (CAMPOS, 2008, p. 26). Pois, se é óbvio que existem problemas inerentes ao ambiente de trabalho, quais são os reais problemas? Quando se analisa o trabalho prescrito das condições e organizações, abstém-se do lado objetivo das pressões.

Além disso, as informações completas não chegam aos gestores, resultando em análise falha dos aspectos subjetivos dessas pressões. “Assim, a metodologia das pesquisas em psicopatologia do trabalho tornou-se, progressivamente, um analisado eficaz das pressões reais do trabalho” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015, p. 125).

É por esta razão que a psicodinâmica foi estruturada como pesquisa-ação, pois a partir do momento que se dá voz ao trabalhador para refletir sobre o seu ambiente de trabalho, ele fará uma retrospectiva da sua identidade profissional, fonte de informação mais confiável (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2015).

Ao interpretar sua realidade no CPN, a própria enfermeira obstétrica formulará e reformulará a sua identidade profissional, embasados nos preceitos da autorrealização, deixando margem para a criatividade e autonomia, necessitando sempre do olhar do outro, sob forma de julgamento e reconhecimento. Isto serve para alicerçar e subsidiar os questionamentos que emergiram no estudo: Como fotografar os problemas enfrentados pelas enfermeiras obstétricas no Centro de Parto Normal? Quais os possíveis impactos na saúde destas profissionais?

O retrato da realidade e da subjetividade do Centro de Parto Normal (CPN) tem o objetivo de aclarar sobre os problemas da reestruturação produtiva na atividade da enfermeira obstétrica, embasado no constructo teórico da Psicodinâmica do Trabalho, desmiuçando o hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) de uma Maternidade situada no município do Rio de Janeiro.

Optou-se por um cenário de pesquisa que tivesse maiores indicadores na assistência ao parto normal por Enfermeiros Obstetras. Procurou-se a maternidade que mais se enquadra na humanização do parto com baixas taxas de cirurgia cesariana e de procedimentos invasivos desnecessários, como a episiotomia (corte vaginal para passagem do bebê, que pode deixar sequelas graves para a vida das mulheres e que já foi abolido em diversos países e ainda é praticado como rotina no Brasil), conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

3.3 Participantes do Estudo

No Centro de Parto Normal, a prestação dos serviços é realizada por intermédio de uma equipe multiprofissional, da qual participa o enfermeiro generalista, enfermeiro obstetra, técnicos de enfermagem, médicos, residentes de enfermagem e de medicina. No entanto, os atores sociais que fizeram parte desta pesquisa serão os enfermeiros obstetras, devido à singularidade e complexidade de suas atividades laborais na assistência ao parto de baixo risco.

Foi estabelecido como critério de inclusão os profissionais que atuam na assistência ao parto humanizado de baixo risco e que fazem parte do quadro de profissionais há mais de um ano, para garantir uma riqueza de experiências dos participantes, o que contribuirá e enriquecerá a pesquisa. Foram excluídos deste

estudo residentes de enfermagem, os enfermeiros de férias ou licença no período da coleta de dados. Participaram da pesquisa um total de 10 enfermeiros obstetras.

3.4 Aspectos Éticos

Vale ressaltar que a pesquisa foi submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente (UNIRIO) e da apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição coparticipante da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os profissionais envolvidos na pesquisa terão a sua privacidade preservada. Os profissionais assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), atendendo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Diante disso, os participantes foram identificados através de codinomes alfanuméricos (EO1, EO2, EO3...), ou seja, a identificação dos participantes foi realizada de acordo com a ordem das entrevistas e de forma a manter seu caráter confidencial e o seu anonimato. Os depoentes serão abordados com ética, num local isolado para minimizar, ou até anular, quaisquer eventuais constrangimentos, respeitando o seu tempo para digerir e pensar sobre os questionamentos do estudo.

3.5 Instrumento e Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu após a obtenção do parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa. Para a coleta dos dados utilizou-se questões com abordagem das situações vivenciadas na prática obstétrica através de entrevista semiestruturada e individual (Apêndice 1), dividido em duas partes. A primeira, com perguntas direcionadas para caracterizar o perfil dos participantes (sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, carga horária, vínculo). E, na segunda parte, questões referentes ao tema abordado com vista aos objetivos propostos,

de maneira que permita que o profissional discorra sobre os problemas inerentes ao processo de trabalho, explorando mais profundamente os tópicos listados.

Optou-se pela técnica de entrevista à medida que permite ao pesquisador “emergir na singularidade do indivíduo, naquilo que ele deseja dar a conhecer e naquilo que ele procura esconder, e ao mesmo tempo, produzir dados homogêneos que refletem as características do universo estudado” (FONSECA, 2012).

A entrevista foi previamente agendada, com os profissionais que se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa, de acordo com a sua disponibilidade. Para captação dos depoimentos dos entrevistados utilizou-se um gravador.

Os depoimentos foram transcritos integralmente. Posteriormente, foram enviados aos participantes com vistas a sua aprovação e quiçá outras contribuições. Desta forma, permitiu ao profissional a ser ativo na pesquisa e até sugerir ajustes que julgar necessário para evidenciar o relato dos problemas laborais vivenciados na sala de parto.

3.6 Análise dos Dados

Para análise dos dados relatados nas entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo, dado que torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esses procedimentos de descrição consistem na extração dos textos em unidades, e posteriormente em categorias (BARDIN, 2011).

Segundo Delgado e Gutiérrez (1994), a análise de conteúdo é considerada como um conjunto de procedimentos que tem como o objetivo a produção de um texto analítico no qual se apresenta o corpo textual dos documentos recolhidos de um modo transformado. Essa transformação do corpo do textual pode ocorrer de acordo com as regras definidas e deve ser justificada pelo investigador através de

uma interpretação, que resultará na codificação destas informações em unidades de compreensão.

Bardin (2011) explicita que uma análise de conteúdo tem um conjunto de instrumentos metodológicos que se aperfeiçoa constantemente e que se aplica a discursos diversificados para a análise e discussão dos dados. Esse instrumento procede da seguinte forma: com a pré-análise, extraído dos discursos dos sujeitos elementos importantes para o objeto da pesquisa; depois com a exploração do material, parte aonde são codificados, decomposto ou enumerados as informações; e findando com a “voz” do pesquisador sobre o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para tanto, na fase de coleta de conteúdo, as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados (BARDIN, 2011). Assim, a análise de conteúdo destrincha todo o conteúdo até sua menor porção. Neste caso, divide-se na íntegra todos os textos que têm o mesmo sentido por parte, unidades de registro, em temas ou unidades de significação. Do conjunto de unidade de significação que surge o entendimento do autor em categoria (OLIVEIRA, 2008). As categorias devem seguir a critérios de qualidade, explicados por Bardin 2011, são eles:

- ✓ **Exclusão mútua:** cada elemento somente compõe uma categoria;
- ✓ **Homogeneidade:** textos unificados pelo mesmo sentido;
- ✓ **Objetividade:** codificadores diferentes devem ter resultados iguais;
- ✓ **Pertinência:** adaptação ao conteúdo estudado;
- ✓ **Exaustividade:** esgotar todas as possibilidades.

A seguir, agrupam-se os temas nas categorias definidas, em quadros matriciais, pelos pressupostos utilizados por Bardin (2011). E, para finalizar a análise qualitativa, faz-se necessário, sobretudo, da interpretação quantitativa: levantando-se quantas vezes a unidade de registro aparece numa mesma entrevista.

Terminado a análise de conteúdo, o próximo passo é a inferência e

interpretação dos dados. Neste processo, o pesquisador deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos coletados, pois, interessa o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do olhar dos dados coletados. (BARDIN, 2011)

3.7 Fotografando os dados

O passo inicial foi visitar uma maternidade, oportunidade na qual foi apresentada a intenção em estudar os problemas laborais das Enfermeiras Obstétricas no Centro de Parto Normal. Neste contato explicou-se a necessidade de entrevistar as trabalhadoras, ressaltando a garantia do sigilo dos dados tanto das trabalhadoras como os da maternidade. A enfermeira da Educação Continuada encaminhou o documento para o Diretor Técnico autorizar o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, acordou-se que o retorno à maternidade para início da investigação aconteceria após avaliação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da instituição proponente e da instituição coparticipante, atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

A aprovação dos CEPs aconteceu depois de seis meses. Estabeleceu-se novo contato com a maternidade para dar-se início as entrevistas. Foi nesse momento que começaram as dificuldades do estudo. Do total de 18 enfermeiras obstétricas, somente 10 participaram da pesquisa, haja vista que quatro estavam de férias, duas de licença médica e duas negaram a participar da pesquisa naquele momento, justificando-se pela demanda de serviço. E como a enfermagem permite a flexibilidade de trocar ou pagar o plantão, dificulta o encontro do pesquisador com o potencial pesquisado, gerando desencontros.

As entrevistas foram realizadas em dezembro de 2016. As gravações duraram em média de 30 minutos e foram realizadas numa sala isolada disponibilizada pelas próprias enfermeiras. Concomitante com a etapa de coleta de dados, foi realizada a transcrição das entrevistas e a leitura flutuante das mesmas, a fim de se deixar impregnar pelo conteúdo para então, na fase de

codificação, “elucidar a razão por que se analisa, e explicitá-la de modo que se possa saber como analisar” (BARDIN, 2011 p. 133).

Deste modo, fez-se importante enfatizar o objetivo do estudo e de enquadrar a técnica de análise de conteúdo de Bardin dentro do perfil teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours.

Os dados das entrevistas foram alimentando o software NVivo, na versão 11, sendo separados, codificados, quantificados e posteriormente arquivados em planilha Excel para serem analisados. Nesta etapa emergiram para o pesquisador as unidades de significação ou temas e, por conseguinte, as categorias. A posteriori os dados levantados como comentário e pertinentes ao estudo foram tabulados quantitativamente a partir de análises frequenciais simples, o que caracteriza a análise de conteúdo proposta por Bardin.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS FOTOGRAFIAS

4.1 Caracterização dos Participantes

Com o objetivo de sistematizar os resultados traçou-se um perfil dos participantes. Em relação ao sexo as 10 (100%) enfermeiras obstétricas eram do sexo feminino. Contudo, apesar de ser nítido o aumento gradual do sexo masculino na enfermagem, como evidenciou o estudo de Prata (2010), em alguns locais hospitalares ainda é marcante a presença do sexo feminino, isso nos remete as questões entrelaçadas ao gênero.

Na perspectiva de gênero, a tendência é focar na construção de papéis e identidade dos sexos, revelando as limitações que a sociedade impõe e reproduz, ditando o que é certo ou errado para homens e mulheres. Estes valores socialmente fundamentados criam estereótipos aos quais homens são direcionados para funções que demandam de razão, objetividade, poder e liberdade, enquanto as mulheres são direcionadas para cargos com características de emoção, disciplina, afetividade e obediência a códigos morais estabelecidos social e culturalmente (QUITETE et al, 2014).

Assim, ainda acompanhando a perspectiva de gênero a um modelo econômico e social da saúde reprodutiva, quando ser mãe passou a ter significado de feminilidade e realização pessoal, engendrou *status* para mulher como cidadã. Nesta circunstância “seria mais fácil impor um modelo assistencial que controlasse a função reprodutiva em prol da sociedade capitalista” (QUITETE et al, 2014 p. 902).

Como artifício para converter esta realidade da saúde reprodutiva, alinhado ao contexto de gênero na enfermagem, centrado no cuidar e maneiras de cuidar, a enfermagem obstétrica foi introduzida no sistema de saúde. Então, com a atuação da enfermagem, quebrou-se a barreira da heteronomia sobre os aspectos reprodutivos da mulher e, como consequência, o resgate do empoderamento das clientes para, assim, as mesmas se tornarem sujeitos construtores de direitos (QUITETE et al, 2014). Pelo exposto, esse dado estatístico

levantado na presente pesquisa - estritamente feminino - evidencia a relação da enfermagem obstétrica com o gênero, visto que o cuidado à mãe e ao bebê por mulheres é milenar.

Assim, o cuidado de enfermagem obstétrica, que possuiu características próprias de um cuidado feminino, é um cuidado fonte de expansão. Mas ao ser institucionalizado, desenvolvido no hospital, onde predomina o modelo Biomédico, ele é um cuidado desvalorizado, que atua na enfermagem obstétrica como fonte de retração. Isto ocorre, pois na instituição hospitalar as práticas de cuidado têm características masculinas, de cisão, reparação, extirpação do mal (doença), ou seja, características opostas as do cuidado feminino (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008, p. 659)

Em relação a idade 70% (n=7) das depoentes têm de 27 a 30 anos, 20% (n=2) de 31 a 35 anos e 10% (n=1) de 36 ou mais. Observa-se uma enxuta participação de idades extremas, jovens e idosos. Este achado sobre a significativa prevalência de adulto jovem na área da saúde coincide com o estudo de Carrilo-Garcial et al, 2013, que apontaram além da diminuição das idades extremas no meio hospitalar, a relação da idade com o nível de satisfação profissional, sugerindo assim que os adultos jovens estão mais satisfeitos com o seu trabalho, pois estão em busca de aprendizado e experiência profissional.

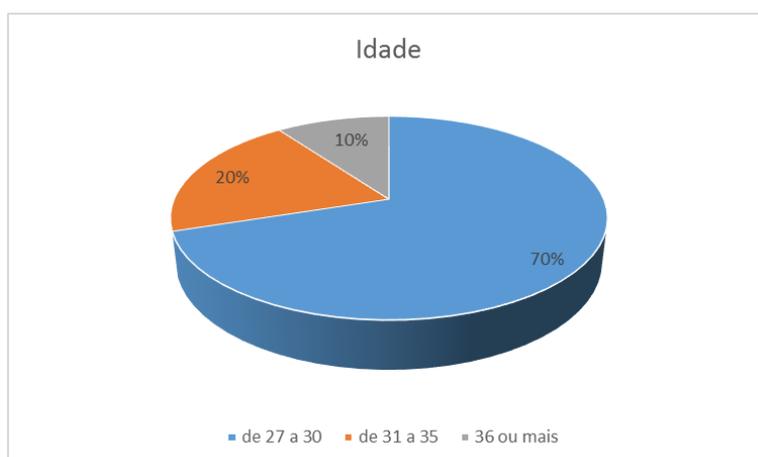


Gráfico 1 - Idade das enfermeiras obstétricas, Rio de Janeiro, 2016

Em outra vertente, pode-se supor o alto percentual de adulto jovem trabalhando em organização de serviço devido a carga de trabalho que atuar no CPN exige do profissional em nível físico e psicológico, expressado no seguinte comentário:

Enfermeira obstétrica tinha que se aposentar mais cedo, porque chega uma época que você não consegue mais, por mais que você ame o que você faz, eu fico imaginando que nem a gente vê, os colegas de serviço público arrastando chinelo, pessoal as vezes não está muito a fim de trabalhar, porque não tem como, você acaba que trata mal o paciente, pessoa muito idosa porque tá cheia de dor, cheia de problemas, aí a paciente está gritando, está às vezes xingando você, às vezes te bate, te dá unhada, ou te pega para agachar com ela, te puxa, então tem que ter uma energia física, tem que ter uma disponibilidade pra poder se doar. (EO1)



Gráfico 2 - Tempo de trabalho das enfermeiras obstétricas na instituição, Rio de Janeiro, 2016

Em relação ao tempo de trabalho na instituição 20% (n=2) têm de 1 a 2 anos, 40% (n=4) de 2 a 4 anos e 40% (n=4) têm mais que quatro anos.

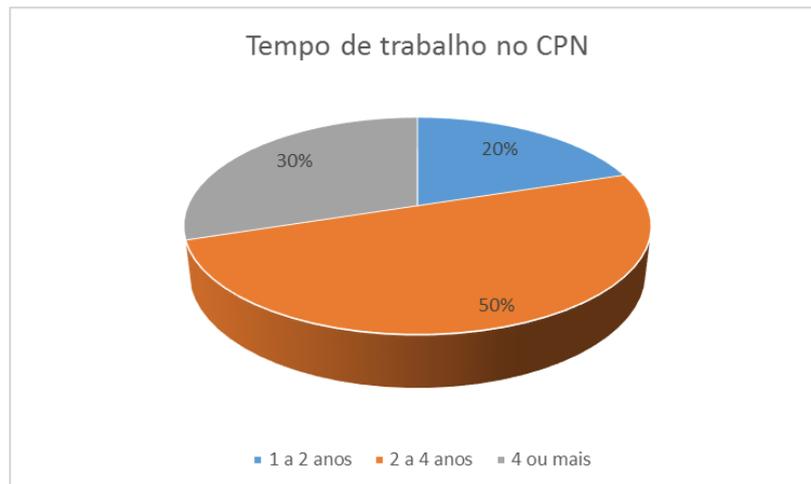


Gráfico 3 - Tempo de trabalho das enfermeiras obstétricas no Centro de Parto Normal, Rio de Janeiro, 2016

Quanto ao tempo de trabalho no CPN 20% (n=2) possuem de 1 a 2 anos, 50% (n=5) de 2 a 4 anos e 30% (n=3) mais que quatro anos.

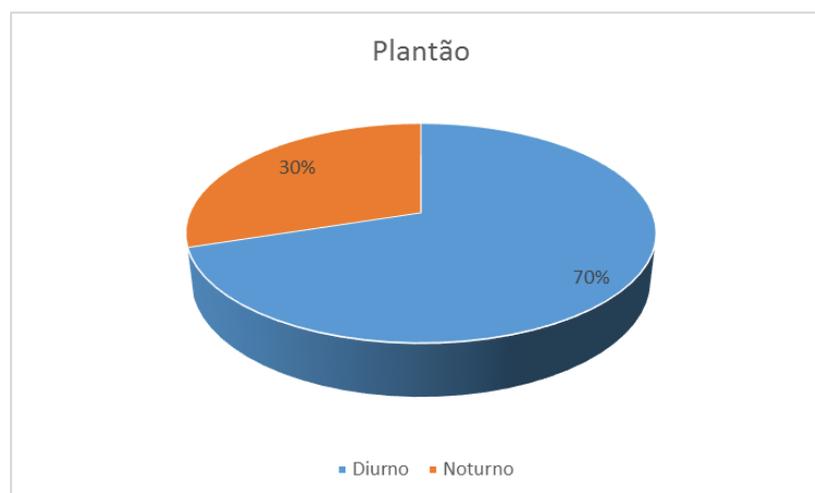


Gráfico 4 - Enfermeiras obstétricas por turno de trabalho, Rio de Janeiro, 2016

Sobre o turno de trabalho, 70% (n=7) das profissionais eram do serviço diurno e 30% (n=3) do serviço noturno. Vale ressaltar que esse quantitativo teve viés devido ao quadro de profissional de férias e de licença médica.

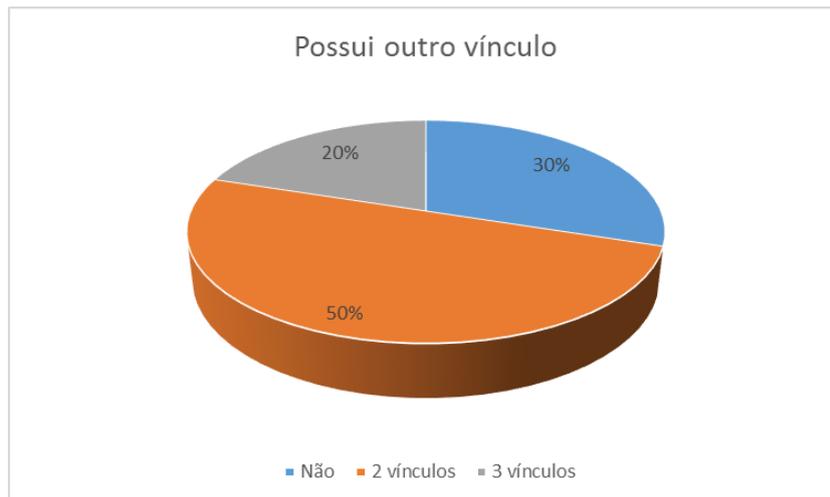


Gráfico 5 - Enfermeiras obstétricas quanto ao número de vínculos, Rio de Janeiro, 2016

Quando foram questionadas sobre o número de vínculos empregatícios, 20% (n=2) possuem três vínculos, 50% (n=5) possuem dois vínculos e 30% (n=3) possuem um único vínculo.

Esta realidade de duplo ou triplo vínculo é muito forte na enfermagem, porque a remuneração baixa não permite que o profissional se sustente somente num trabalho. Isto tem potencialidades de prejuízos a saúde dos trabalhadores. Estudos são unânimes em expressar que a dupla jornada é fonte de estresse e insatisfação profissional (VERSA; MATSUDA, 2014; MARTINS et al, 2014). Este contexto é externado na entrevista:

Por mais que as vezes a gente fique desgastada, trabalhando em três, dois empregos, mas eu chego aqui, eu esqueço dos meus problemas para poder sempre fazer o melhor... (EO4)

4.2 Discussão da Fotografia Advinda dos Depoimentos

Os dados obtidos na íntegra das entrevistas (unidades de registros) compuseram, com a interpretação do conteúdo, as unidades de significações

formando assim as categorias, analisadas dentro dos eixos temáticos apontados na foto abaixo:

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO		CATEGORIA I
Organização de trabalho		Contexto de trabalho
Relações de trabalho		
UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO		CATEGORIA II
Sufrimento		Sufrimento, defesa e patologia
Estratégias defensivas		
A normalidade enigmática		
Patologia		

Foto 1 - Análise dos dados a partir das unidades de significação e categoria, Rio de Janeiro, 2016

As entrevistas exteriorizaram comentários relativos às seguintes unidades de significação: relações de trabalho, organização de trabalho, normalidade enigmática, estratégias defensivas, sofrimento e patologia.

De modo sintetizado, na Psicodinâmica do Trabalho, o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real advindo das contradições entre relações de tarefas e relações de homens – o contexto de trabalho, induzem aos trabalhadores adotarem estratégias defensivas para a prevenção de sofrimento laboral e conseqüente adoecimento.

Ou seja, a precarização do trabalho contemporâneo é influenciada pelo neoliberalismo reluzente ao trabalho pouco flexível, onde o espaço de liberdade entre o trabalho prescrito e trabalho real são limitadas e, assim, inicia-se o sofrimento laboral, e para minimizar e/ou eliminar são criadas inconscientemente estratégias defensivas pelos trabalhadores. Entre o sofrimento e as estratégias defensivas encontra-se à normalidade em contraponto à patologia, e da subjetividade e individualidade da normalidade que uns indivíduos adoecem e outros não (BOUYER, 2010).

Pois o ajuste fino (articulando as demandas da situação dinâmica e a ação do operador para arcar com tal situação) e as regulações, necessárias à manutenção do sistema em conformidade com os objetivos predefinidos, resultam da intensa atividade cognitiva dos operadores com todas as transgressões encontradas no trabalho real (BOUYER, 2010 p. 256).

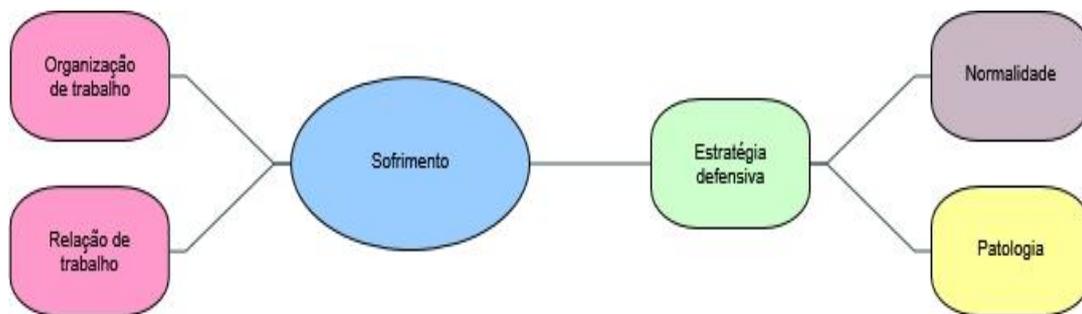


Foto 2- Síntese das unidades de significação que emergiram das unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016

A ação de analisar os dados coletados na Psicodinâmica do Trabalho somente é possível quando o pesquisador encontra o valor subjetivo da vivência no comentário do sujeito no seu ambiente de trabalho. Extrair o comentário de uma fala não é análise elementar, porque o comentário nem sempre é contínuo e permanente, ele ora pode ser interpretado como uma realidade objetiva do conteúdo da tarefa e ora como a formulação do pensar do trabalhador, que é o foco da teoria dejouriana (DEJOURS, 2015).

Nesta perspectiva, ao aprofundar-se sobre o objeto do presente estudo – os problemas laborais do CPN para a enfermeira obstétrica e os possíveis impactos para a sua saúde – buscou-se **fotografar** (grifo nosso) o que tem valor nas falas das enfermeiras obstétricas através do caminho seguido pelo pensamento e interpretação do pesquisador. “Na realidade, trata-se de fazer aparecerem as ideias e comentários, as interpretações formuladas, na mesma sequência daquelas que não foram, e que são provenientes do pesquisador que redige a observação” (DEJOURS, 2015 p. 198). Assim, objetiva-se um conteúdo vivo, comentado e que traduza a subjetividade dos fatos observados (DEJOURS, 2015).

4.3 Categorias Discutidas

A análise constituiu-se em duas etapas, fazendo analogia da psicodinâmica do trabalho com os objetivos propostos da referida pesquisa. Como encontra-se na síntese a seguir:

Uma vez que o conceito básico na teoria Dejouriana é o papel da organização do trabalho. Ele entende por organização do trabalho não só a divisão do trabalho, mas também a divisão dos homens para garantir essa divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle. O sofrimento mental resulta desta organização do trabalho que compreende o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade (SOUZA, 2012 p. 32).

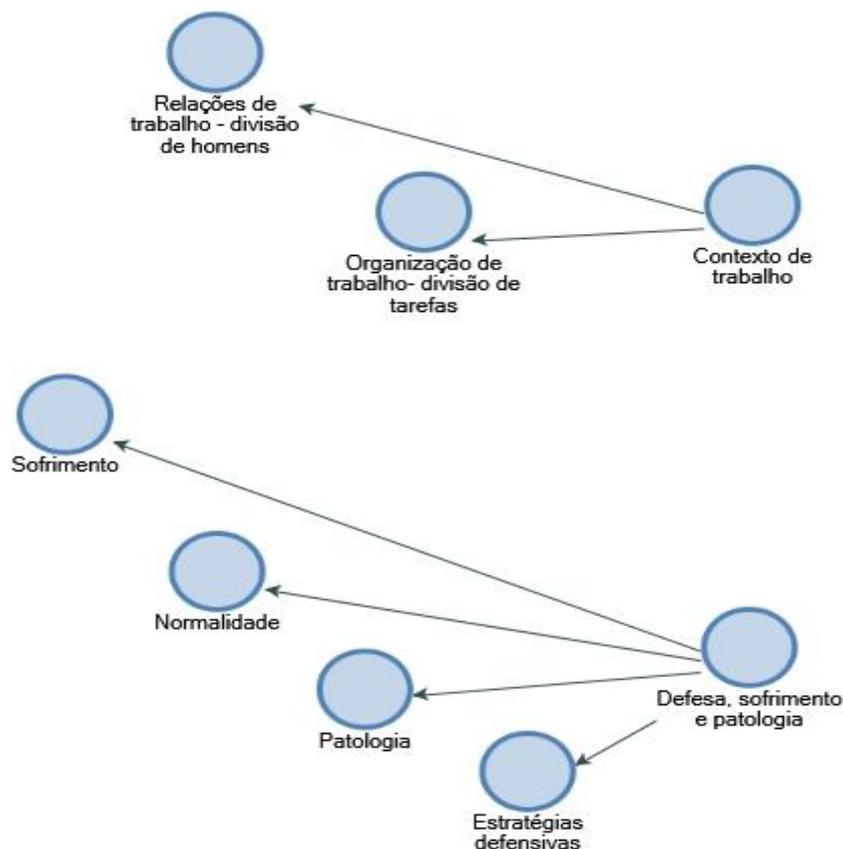


Foto 3 - Síntese das unidades de significação que emergiram das entrevistas em ordem crescente, Rio de Janeiro, 2016

Na síntese apresentada acima (Foto 3) ilustra as unidades de significação que mais foram explanadas nas entrevistas em ordem crescente. Nota-se que as relações de trabalho apesar das depoentes relatarem não ter problemas relacionados a comunicação, inconscientemente vê-se no decorrer das entrevistas vários fatores relacionados a comunicação deficitária. Hipoteticamente justifica-se tal fato por transformarem situações constrangedoras em normalidades ou criarem estratégias defensivas.

Outro dado importante do estudo diz a respeito ao alto índice de unidades de registros referentes ao tema sofrimento e em contrapartida pouca referência ao tema estratégias defensivas. Para a psicodinâmica do trabalho trata-se de um dado importante, pois a estratégia defensiva é importante para proteger o sujeito dos deletérios à saúde mental causadas pelo o sofrimento no trabalho, ou seja, a estratégia defensiva pode ser comparada a uma armadilha que instabiliza contra aquilo que o faz sofrer (DEJOURS, 2006).

4.3.1 Categoria I - Contexto de Trabalho

A categoria interpretada como o contexto de trabalho que tiveram unidades de significação mais citadas por todas as depoentes foram: a organização de trabalho e relações de trabalho, serão descritas a seguir.

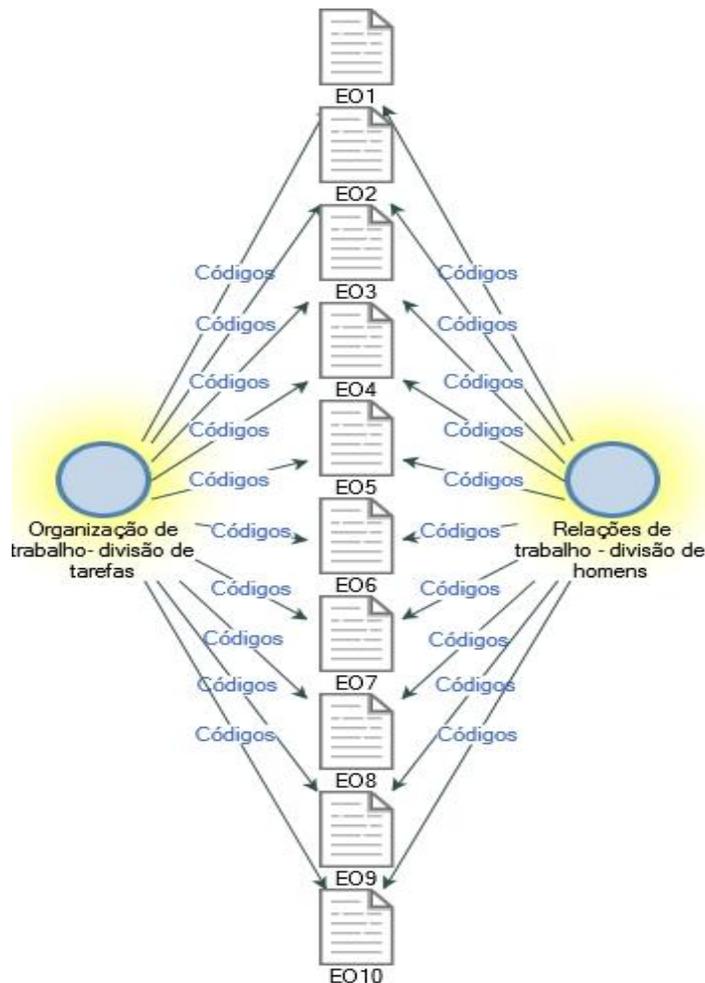


Foto 4 - Diagrama das unidades de significação: organização de trabalho e relações de trabalho, Rio de Janeiro, 2016

➤ **Organização de Trabalho**

A organização de trabalho é definida como a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho (CAMPOS, 2008). “Ela envolve o que se pode chamar de “troca de favores”. O indivíduo espera da organização que, por sua vez, dele também espera” (ROIK, 2010 p. 49).

Na contramão dos desejos divulgados pelas profissionais estão os problemas relacionados à organização de trabalho, como: número reduzido de funcionários, aumento do trabalho burocrático e conseqüentemente sobrecarga de trabalho e o seu impacto na assistência, que discorreremos a seguir.

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Organização de Trabalho	<p>Hoje em dia não tem mais (enfermeira generalista) e desde então a carga de trabalho administrativa aumentou muito, então cada vez tem mais parte administrativa. É aquela enfermeira burocrática ne, aquela enfermeira que fica atrás de computador, mexendo com papel, mexendo com sistema e isso é meio difícil da gente unir a tecnologia “dura” com nossa tecnologia “leve” que é do cuidado né, de partejar. EO6</p> <p>Principalmente à noite, a sobrecarga ainda é muito maior, porque você tem essa questão de ter divisão de horário, então você imagina.... As vezes fica um enfermeiro para tudo e as vezes nascendo. Eu já tive três bebês nascendo comigo, no meu horário, dois eram meus e um da equipe médica. EO1</p> <p>... tem que pegar medicamento, tem que ver material, tem que assumir paciente de alto risco para sulfatar, por exemplo, passar uma sonda. E fora que a gente tem que mexer no sistema né. A gente tem que admitir paciente no sistema, tem que imprimir etiqueta do bebe, gerar prontuário do bebê, tudo isso enfermeira que faz. EO2</p> <p>... para ela (cliente) confiar em você, você tem que formar vínculo e como você vai formar vínculo? Sendo que você tem que fazer checklist de sala, conferir material, fazer serviço administrativo. A equipe médica não dá conta de abrir computador, algum sistema, então chama é a gente, então você acaba sendo TI (tecnologia da informação) também. EO3</p> <p>Nós estamos sobrecarregadas, nós temos, desde que saiu a enfermeira generalista, cada vez mais função administrativa, você não sente mais nem vontade de partejar. Porque você fica presa num box aqui fora, as coisas não vão se fazer, né?! O setor vai ficar uma bagunça. Você fica lá dentro assistindo à mulher com a cabeça aqui fora. Ou eu fico aqui fora com a cabeça lá dentro. EO6</p> <p>Hoje em dia a gente está com muita sobrecarga, porque a gente não tem enfermeira generalista, então a gente faz duplo papel, porque a gente faz enfermeira generalista e enfermeira obstetra. Ou seja, eles querem números, secretaria municipal de saúde quer números, querem que a gente dê conta de números, querem que a gente de conta de partejar, querem que a gente de conta de residente, que forme bem residente. EO7</p> <p>A gente tem muito trabalho, assim, burocrático né. Além do que a gente tem, tem a questão da instituição que é toda informatizada e isso acaba sendo dificultador do serviço. Porque, por exemplo, hoje, a gente está só com uma internet, só com um computador funcionando. EO9</p> <p>Geralmente tem que ficar uma enfermeira lá (na parte administrativa) e quando estoura tudo, agora nasceram vários. E aí? Então é complicado. Mas a gente dá conta né, enquanto você der conta, nada vai acontecer. EO7</p>

Foto 5 - Unidade de significação – Organização de Trabalho, Rio de Janeiro, 2016

Portanto, nos comentários das depoentes extraíram-se como palavras-chaves: tem / tem que ficar / tem que fazer/ sobrecarga. Isto retrata a rigidez da organização de trabalho, explorando a trabalhadora como se fosse uma máquina de produção visando a diminuição de custos para a instituição, como influência do neoliberalismo.

Assim, no que se refere ao aumento do trabalho burocrático, essas trabalhadoras exercem tarefas fragmentadas e estão alienadas de sua essência assistencial, encontram-se incapazes de mobilizar-se coletivamente e lutar contra essa organização do trabalho perversa no que se diz ao trabalho polivalente (ROIK, 2010). Organização esta que faz exigências absurdas e irrealizáveis e induz aos trabalhadores a acreditarem que podem e tentam cumprir as demandas. O que fica evidente na fala da EO7: “- Mas a gente dá conta né.”

“A ideia de multifuncionalidade do operário polivalente mascara a intensificação da utilização da força de trabalho, que agora realiza várias tarefas – hipersimplificadas devido à automatização – que não exigem muita habilidade do operador” (ROIK, 2010, p.56). Igualmente, acontece na conjuntura de trabalho das enfermeiras obstétricas que, com a precarização do sistema de saúde e consequente corte de verbas, aboliu do setor a enfermeira generalista e o administrativo (mão-de-obra menos especializadas), permanecendo somente com a mão-de-obra especializada, capaz de articular burocracia com assistência, como pode ser visto nos depoimentos das enfermeiras obstétrica na Foto 4.

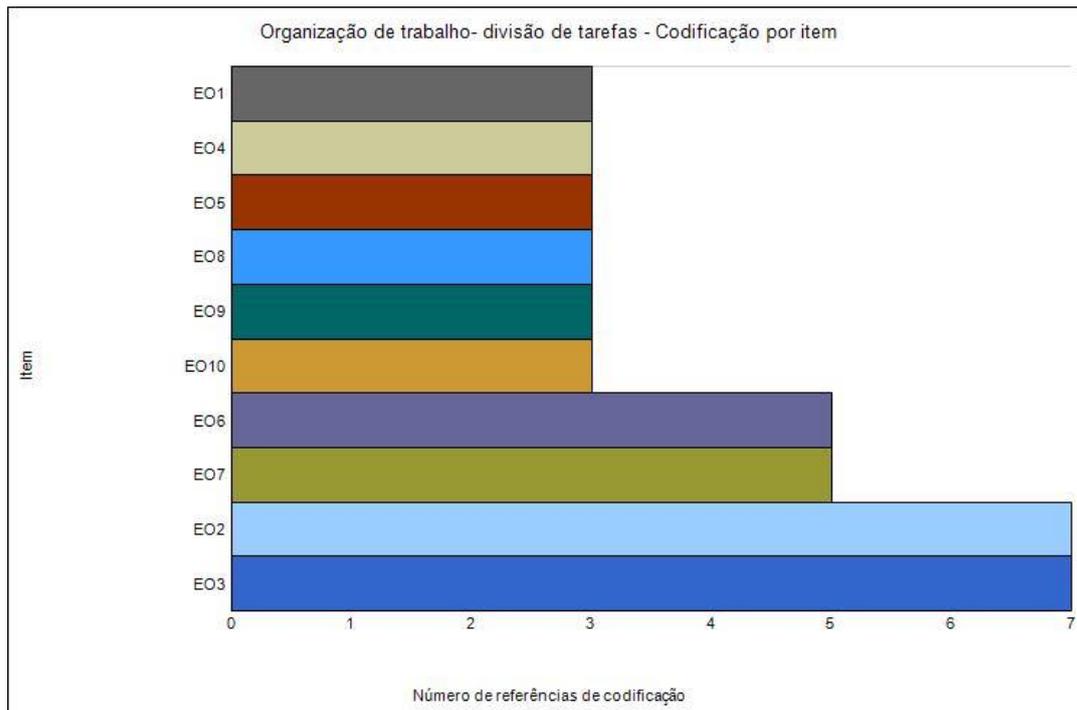


Gráfico 6 - Organização de trabalho – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

O aumento do trabalho burocrático causa sobrecarga e desmotivação nas enfermeiras obstétricas por ter que se distanciar da assistência deixando um pouco o partear para cumprir com responsabilidades sobre o setor e sobre os residentes. Nota-se no quadro a cima que todas a entrevistas fizeram pelo menos três referências aos problemas advindos da organização de trabalho.

Com efeito há um olhar multifacetado de que o trabalhador precisa ser mediador entre a realização do ego e fonte de emancipação. Desta forma, trata-se de como a própria imagem é transmitida socialmente. Realizar atividades mais complexas proporciona maior visibilidade e admiração pelos outros porque exige *know-how*, responsabilidades e riscos. Assim como ser enfermeira obstétrica tem potencialidade para motivação de *status*, ao passo que fazer o trabalho administrativo que é exigido no contexto de trabalho fica no lado obscuro da base do iceberg (DEJOURS, 2015).

Em suma, observa-se nitidamente o modelo neoliberalismo explorando e sacrificando o trabalho da enfermagem obstétrica. O aumento das atividades administrativas incluem a elaboração de escalas mensais e semanais, a

organização do setor e da equipe, a distribuição e supervisão dos funcionários e residentes em suas respectivas atividades, as evoluções de enfermagem, nos registros dos prontuários, dos números de parto e de tecnologias não invasivas adotadas, a impressão das pulseiras da mãe e filho, da colocação do prontuário na ordem padrão, contar material e equipamentos e arcar com o custo dos mesmos em caso de avaria ou perda, dentre outros, objetivando a organização do trabalho (OLIVEIRA, 2014).

Assim, no estudo de Gonçalves et al 2015 consideram que umas das repercussões do modelo neoliberal na enfermagem foi a adoção de tecnologias e dos Procedimentos Operacionais Padrão como forma de sistematização da assistência de enfermagem. Este processo influenciou na dicotomia entre benefícios e malefícios relacionados a assistência de enfermagem, pois se por um lado ajudou na redução dos desperdícios e dos custos elevados com materiais, também minimizou gasto de tempo, aumentou a produtividade e reduziu a possibilidade de erros e iatrogenias. Por outro lado, distanciaram os profissionais com o conteúdo de trabalho e sua filosofia do cuidado ao ser dificultando, assim, uma assistência integral, personalizada e humanizada.

➤ **Relações de Trabalho**

“Trabalho significa relação com o outro, não simplesmente uma relação individual entre o sujeito e sua tarefa” (ROIK, 2010). No que tange as relações de trabalho, as enfermeiras obstétricas expressaram os problemas mais recorrentes como sendo relacionados a agressão verbal externa, fragilidade na relação socioprofissional e hierarquia.

A assistência hospitalar obstétrica está subjacente ao modelo colaborativo que é pautado na integração do médico e da enfermeira obstétrica na equipe (VOGT; SILVA; DIAS 2014). “As relações se dão no encontro entre usuárias e profissionais do cuidado, e entre os profissionais e suas formas de cuidar e tratar” (GOMES, et al, 2014, p. 767).

O Gráfico 7 abaixo, apresenta que todas as enfermeiras expressaram no mínimo dois despontamentos relacionados a conflitos no relacionamento com seus pares, com os médicos, com as chefias ou com a clientela. Entretanto, nos discursos aos quais as depoentes eram questionadas sobre as relações de trabalho, a primeira resposta sempre fazia referência a um ambiente harmonioso, com responsabilidades compartilhadas e sem maiores problemas de conflitos. Entretanto, a maioria das enfermeiras obstétricas no decorrer da entrevista relatou casos de fragilidades no relacionamento socioprofissional com outras categorias e até mesmo dentro da mesma categoria.

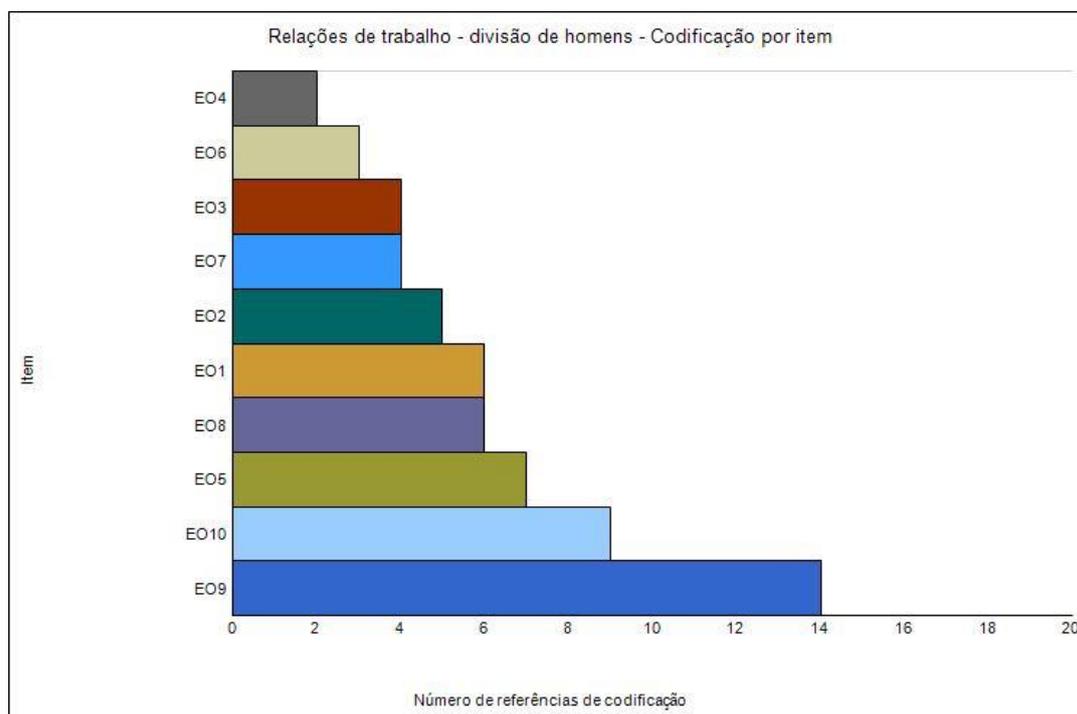


Gráfico 7 - Relações de trabalho – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
<p data-bbox="292 1025 451 1122">Relações de trabalho</p>	<p data-bbox="523 331 1321 465">...por isso que nossa classe não consegue levar uma coisa para frente, porque não é unida sabe, é técnico querendo ferrar enfermeira, enfermeiro querendo ferrar o próprio enfermeiro. EO1</p> <p data-bbox="523 510 1321 611">...as vezes têm problemas, até entre o plantão, entre os próprios profissionais da mesma área, tipo, entre eu e as outras 2 enfermeiras obstétricas por exemplo. EO3</p> <p data-bbox="523 656 1321 790">A gente não tem acesso a ninguém. E acho que isso também é uma coisa que é ruim essa questão da chefia fica muito longe dos profissionais, então assim, as vezes não sabe o que está se passando. EO10</p> <p data-bbox="523 835 1321 936">Tem umas pacientes bem agressivas, às vezes elas querem que fique com um médico, entendeu? Fala: - Ah, aqui só tem enfermeira!? EO2</p> <p data-bbox="523 981 1321 1048">Tem gente que faz escândalo, fica brava, ameaça, as vezes têm que chamar a supervisora, chamar o segurança. EO3</p> <p data-bbox="523 1093 1321 1261">Acho que a interferência externa de outra pessoa que acaba atrapalhando te deixando nervosa. Por exemplo, você vê que o bebê está bem, vai nascer e o pediatra fica aqui do seu lado, te pressionando e você começa a ficar nervoso e começa as vezes a perder o controle. EO5</p> <p data-bbox="523 1305 1321 1473">O maior problema com os médicos, as vezes, o que a gente mais se desentende, é que eles acham as vezes, mesmo usando o protocolo, “ah porque que vocês mandaram essa (cliente) para eu acompanhar?” Eles querem que a gente acompanhe umas coisas que não é da nossa (competência)... EO7</p> <p data-bbox="523 1518 1321 1619">Aí tem problema né, mas acho que toda maternidade tem esse problema. O alojamento conjunto, acha que a gente quer despachar a paciente. EO9</p> <p data-bbox="523 1664 1321 1843">A ordem vem um pouco de cima assim, quando é taxado para o hospital inteiro, é meio tipo: faça! cumpra! Aí, pô, tem sempre alguma coisa que a gente quer reclamar né... mas vem de cima, aí acaba que não tem flexibilidade, tipo: faça! E se não fizer, problema é teu, entendeu? Tem que fazer!</p>

Foto 6 - Unidade de significação – Relações de trabalho, Rio de Janeiro, 2016

Por isso, embora os discursos das enfermeiras obstétricas fizessem conexões com o trabalho integrado e articulados, pois julgam ter uma boa relação

com a equipe médica, estando os mesmos sempre disponíveis para os chamados da enfermagem. Como é interpretado na fala a seguir, que a integração é observada como uma forma dos médicos obstetras deixarem o trabalho da enfermeira obstétrica fluir sem a sua interferência e somente intervir quando forem solicitados:

A mulher que a gente está trabalhando, eles não vão entrar, não vão mexer, não vão examinar, só em raras situações... EO6

Este contexto não caracteriza um trabalho interdisciplinar, visto que a predominância de trabalho especializado e fragmentado, caracterizado por grande número de especialistas, favorece para o aumento da hegemonia médica e de procedimentos (SOUZA; SOUZA 2009).

Uma vez que os médicos são mais intervencionistas e as enfermeiras assumem condutas mais expectantes, não considera-se que o trabalho no CPN seja interdisciplinar, haja vista que dificilmente há "(...) resolução dos problemas através da integração e articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e atribuições de cada categoria profissional" (SOUZA; SOUZA 2009 p.118).

É interessante destacar que sempre quando indagadas sobre seus relacionamentos com a equipe médica, referiram que eram boas comparadas às outras maternidades. As justificativas de relação conflituosa não fizeram menção a uma determinada categoria, entretanto relataram ser implícito em valores e personalidades de cada pessoa.

No estudo de Costa e Martins (2011) foi explicado que o conflito de relacionamento é diferente de conflito de tarefa. A discordância entre indivíduos devido as diferenças individuais têm potencialidade para provocar insatisfação e como consequência os resultados ruins de trabalho. Entretanto o conflito de tarefa gera satisfação profissional, pois quando o profissional expressa a sua ideia sobre o assunto causa sentimento favorável por se achar útil por compreender que ele participa da decisão. Na contramão, o alto nível de conflito de tarefa, pode

passar a ser interpretado como conflito de relacionamento, sendo fator de insatisfação e de descomprometimento de um grupo.

Algumas enfermeiras obstétricas mostraram-se insatisfeitas sobre os casos de conflitos, expressando a ideia de que nada irá mudar, tendo que se enquadrar ao conjunto e fazer o seu papel dando ênfase no que as produzem satisfação:

É complicado... Mas a gente vai adequando. E isso as vezes causa um sofrimento sabe, ter que me relacionar com pessoas assim ... EO1

O abismo entre a comunicação da equipe de saúde é justificado no estudo dos autores Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014 p.1458) que “as formas “flexíveis” de contratação da força de trabalho têm, como consequência, o estabelecimento de vínculos mais tênues entre o trabalhador e organização, acentuando-se o caráter transitório das relações”. Assim, o trabalho contemporâneo acaba sofrendo influência da tendência da teoria de Taylor onde as tarefas são individualizadas, afetando-se a existência da compartilha intersubjetiva da essência do coletivo de trabalho (BOUYER, 2010).

Por isso, quando questionadas sobre autonomia diziam serem autônomas, mas limitadas a um protocolo desatualizado e que abre espaço para conflitos com a equipe médica. Tal protocolo motiva subversões pelo desconhecimento da equipe médica sobre os limites de atuação da enfermagem obstétrica no parto de risco habitual. E como esse protocolo está ultrapassado, favorece a discordância dos limites. Algumas enfermeiras obstétricas apresentam tendência a ceder e atuar baseado no outro protocolo do Ministério da Saúde, que não é o mesmo vigente do CPN. A discussão inicia sobre até que ponto o parto deixa de ser baixo risco e começa a ser alto risco, mudando a complexidade do caso e passando para a atuação médica.

... Então falta a eles (médicos) terem também um acesso, conhecimento disso. O protocolo fica ali na gaveta, só pegar e olhar. EO3

Contudo, o estudo de Narchi, Cruz e Gonçalves (2013) fez um levantamento salientando que as barreiras pessoais e institucionais das enfermeiras obstétricas advêm da limitação ao investimento na formação e na qualificação do profissional, tal como na reorganização dos serviços, na revisão e incorporação de protocolos assistenciais.

Nas questões relacionadas à autonomia, a pesquisa de Rabelo e Oliveira (2010) orienta que não basta a enfermagem saber, mas necessita saber que sabe. Quando há consciência do poder e do próprio saber, a mesma consegue resolver os aspectos desfavoráveis para a prática.

No entanto, Roik (2010, p. 77) afirma que o trabalho constitui para o homem um modo de produzir em conjunto. E que baseado na teoria psicanalítica “os sujeitos adoram o poder e, em suas particularidades, são também perversos, de tal forma que criam relações de rivalidade com seus pares.”

Do mesmo modo sucede quando fala-se de hierarquia no CPN, pois devido a cultura do poder médico ser soberano à enfermagem, as mesmas precisam se manifestarem como detentora de conhecimento técnico e saberem se fixar sobre suas competências. Nos depoimentos apresentados no quadro abaixo apesar de ainda acharem o trabalho em equipe multidisciplinar integrado, elas reconhecem que ainda existe hierarquia hegemônica centrada na figura médica.

Em tempo, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, em 2010, emitiu uma nota esclarecendo sobre a reportagem divulgada no jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, de que o trabalho do enfermeiro não engloba o pré-natal e parto sem assistência do médico. Isto demonstra o quanto os médicos desconhecem o arcabouço legal sobre as atribuições dos enfermeiras e enfermeiras obstétricas, assim como vincula a cultura de divulgar uma fictícia superioridade hierárquica na relação médico-enfermeira, inexistente em qualquer lei.

Entendemos que uma complexa teia é tecida quando as práticas obstétricas das enfermeiras desenrolam-se em processos de transformação e vão delineando em práticas discursivas as relações sociais tensas, que refletem um espaço de transição

paradigmática. Os desafios se apresentam e emerge o silenciamento do conhecimento, por uma constelação de poderes, mostrando que a tarefa é complexa. Remete-nos ao que entendemos como poder em suas múltiplas facetas e permitindo que estas se expressem, tomem forma e, no ato, no acontecimento indiquem uma opção pelo caminho a seguir; a distinção é valorizada (GOMES et al, 2014, p. 767).

Na enfermagem obstétrica, a diferença encontrada entre o modelo biomédico tecnocrático e a humanização do parto configura a atuação autônoma da enfermeira obstétrica na equipe, pois não se faz necessário a supervisão do médico, visto que o parto sem intercorrência é o que fundamenta a identidade profissional das enfermeiras obstétricas a nos partos extra e intra-hospitalar (VOGT; SILVA; DIAS 2014).

Outro problema bem marcante expressado por todas as participantes foi a agressão verbal externa, recebidas das clientes e dos seus acompanhantes. Como estratégias defensivas as enfermeiras justificavam a agressão e procuravam entender a particularidade de um momento de suscetibilidade para ambos, parturiente e acompanhante.

Deste modo, a retribuição moral-simbólica que o trabalhador necessita receber do coletivo está seriamente comprometida, assim como as trocas subjetivas e a própria manutenção de um plano intersubjetivo, pois a construção da identidade profissional torna-se precária à medida que a ordem singular (subjetiva) do saber-fazer das enfermeiras obstétricas é permanentemente comprometida pela ordem coletiva (intersubjetiva) da agressão verbal externa (BOUYER, 2010).

Assim sendo, em alguns casos, impera em agressividade por parte da cliente e de seu acompanhante, que considera o parto como sofrimento, que necessita da utilização de intervenção ou da tecnologia da cesárea e que procura a figura médica para a assistência. Os constrangimentos, nestes casos, são fortes e diversificados.

4.3.2 Categoria II - Danos Relacionados ao Trabalho

Os danos relacionados ao trabalho foram divididos em: sofrimento, estratégias defensivas, normalidade e patologias.

➤ **Sufrimento**

O sofrimento surge das condições que constituem um choque entre a história individual, a subjetividade, esperanças e desejos do sujeito e a organização do trabalho que ignora todos esses fatores. Quando o trabalhador não consegue conciliar suas necessidades fisiológicas e psicológicas ao regime de trabalho ao qual está submetido, surge o sofrimento de natureza mental como resultado do embate entre ser humano versus trabalho (SOUZA, 2012 p. 33).

Nestas organizações de trabalho não favoráveis, as pessoas trabalham correndo riscos e assumindo responsabilidade em nome da instituição e para tal esperam alguma coisa em troca, seja por retribuição material ou simbólica em forma de reconhecimento. “Tem-se então a dinâmica do reconhecimento como possibilidade oferecida pela organização do trabalho favorável à sublimação” (ROIK, 2010).

A falta de reconhecimento profissional também foi avaliada na pesquisa de Torres, Santos e Vargens (2008) em que esclarece que o cuidado prestado pelas enfermeiras obstétricas é um cuidado pouco valorizado e tem pouca visibilidade, pois na institucionalização do cuidado predomina o modelo biomédico. Do mesmo modo, os comentários advindos dos relatos no quadro abaixo fazem conexões com os autores supracitados.

A falta de reconhecimento no trabalho, propagado pelo julgamento de beleza pelo outro, amplia o espaço de sofrimento e, talvez, posteriormente, as

descompensações psicopatológicas. “Isso nos tem permitido compreender a gênese dos danos à estrutura psíquica dos trabalhadores pela organização do trabalho em suas novas facetas no mundo contemporâneo” (BOYER, 2010, p. 253).

Percebe-se que as vivências de sofrimento psíquico das enfermeiras obstétricas estão relacionadas ao sentimento de tristeza, ao estresse, a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento e ao envolvimento com a do alheia.

Nota-se nitidamente que o saber constituído cientificamente em relação ao cuidar não é por vezes reconhecido e valorizado como um conjunto de teorias e técnicas construindo uma identidade profissional. A profissional que é comprometida com o trabalho não encontra saída para atuar de maneira que poderia atuar mesmo usando a sua criatividade e, assim, entra no estado de sofrimento, ao tentar dar conta da alienação do trabalho real.

O “deixar de partejar” devido à sobrecarga de trabalho proporciona sofrimento no trabalho das enfermeiras obstétricas por conta do distanciamento do trabalho prescrito, dificultando a assistência ao parto. Porque é no momento do partejar que as profissionais conseguem formar vínculo com a mulher e o acompanhante. E sem estabelecer o vínculo revoga o elo de segurança, tendo como resultado o medo e a insegurança da parturiente. Ambos, o medo e a insegurança, estimulam atividades originadas no neocórtex cerebral e inibem o processo de parto natural, sendo necessário utilizar mais meios de intervenção (RABELO; OLIVEIRA, 2008).

As entrevistadas foram unânimes em relatar que a falta de informação social sobre o trabalho de parto e parto constrói enigmas no CPN para as enfermeiras obstétricas pois, naquele momento aonde estão aflorados a “dor” e a carga hormonal na parturiente, fica difícil da enfermagem obstétrica atuar plenamente com a humanização no parto normal. E por outra vertente a mulher e o acompanhante não entendem que o melhor naquele momento é deixar o processo de parto fluir de maneira mais fisiológica possível e sem o uso de tecnologia, como relatados no quadro seguinte.

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Sofrimento	<p>Não tem reconhecimento, quando você faz uma coisa errada todo mundo aponta, mas faz uma coisa certa, ninguém te elogia. Não é que eu queria ser elogiada, sabe... EO1</p> <p>Ela já sai daqui cansada querendo chorar, porque foi um dia péssimo, pacientes difíceis, muito trabalho, muito sulfato, muito, sabe... EO9</p> <p>Vou te falar que tem horas que eu tenho vontade de largar a assistência, porque assim é cansativo e quando você vai ver, você se dedica tanto, então a sua vida pessoal acaba ficando um pouco parada, porque você está cansada, você deixa de fazer as coisas porque você veio exausta, você está aborrecida, então é muito chato. EO10</p> <p>Hoje mesmo chegou uma situação que ``Ah, você aqui? Era para ser um médico para atender. Porque só tem enfermeira aqui? Isso é um absurdo! `` O hospital público mesmo não vale a pena, isso te desmotiva um pouco, perde seu tesão, perde sua paixão um pouco, porque você vê que você doa, doa, doa...</p> <p>E em relação, eu sei da atual conjuntura da crise do país, que a tendência é cada vez mais enxugar o quadro de funcionários, mas é muito complicado esse quadro de funcionários reduzido e a gente cada vez mais sobrecarregada. EO3</p> <p>É não aproveitarem meu potencial, me aproveitarem como uma secretária e não como uma enfermeira obstétrica. Então é o que me deixa mais chateada, porque assim eu não sinto vontade de dar tudo que eu posso, que eu sou capaz de dar e que eu já dei um dia, porque o serviço não é capaz de dar tudo que eu posso dar. EO6</p> <p>Então isso são coisas que você acaba ficando um pouco saturada, porque esgota, porque deveria ser uma função, vamos dizer, dividida para todo mundo, parcial tanto para medico quanto para enfermeiro, para pediatra e gente que acaba absorvendo todas as funções. EO10</p> <p>Você acaba não acreditando que você consegue, sabe. Isso vai te maquiando cada vez mais, sabe. Você vai acreditando que você não consegue, o que eu estou fazendo aqui? EO1</p>

Foto 7 - Unidade de significação – Sofrimento e as respectivas unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016

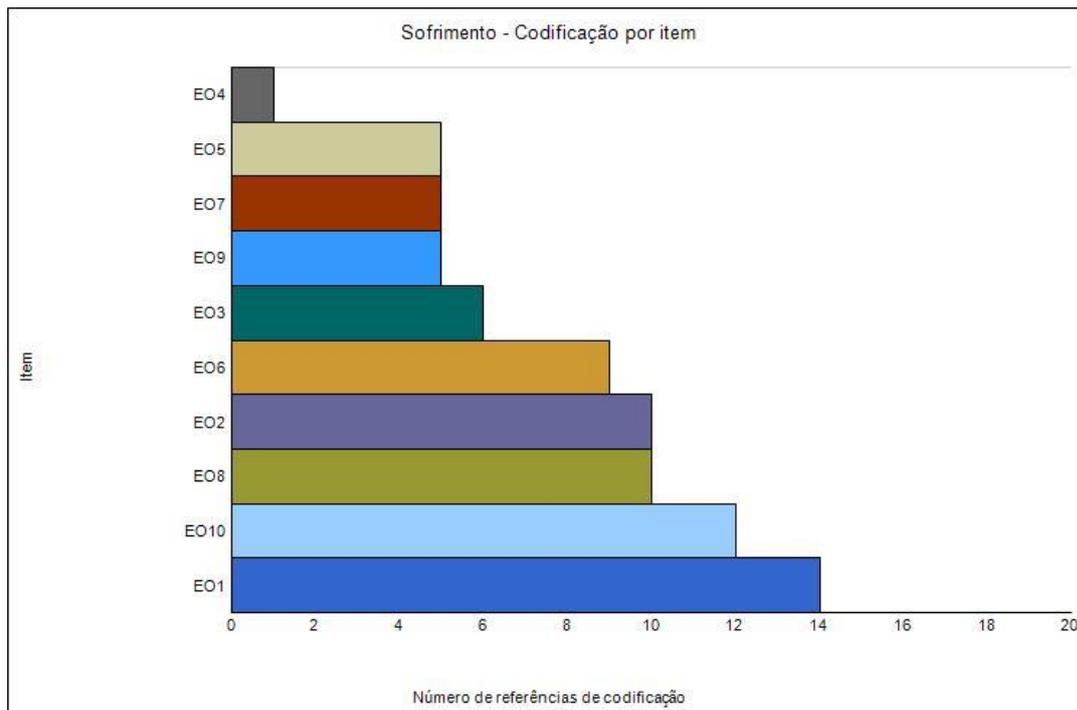


Gráfico 8 - Sofrimento – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

Sendo assim, pode-se inferir que o conteúdo de trabalho das enfermeiras tem potencialidade de causar danos à saúde visto que a satisfação concreta e simbólica está sendo comprometida diante dos discursos da vivência relacionado ao trabalho das mesmas.

Esta realidade bloqueia o processo de trabalho da enfermeira obstétrica, pois além de terem dificuldades para conseguir tempo de humanizar o atendimento no pré-parto e parto, conseqüentemente aumenta o número de intervenções desnecessárias na parturiente, diminuindo a qualidade do que realmente é a filosofia da prática: o uso das tecnologias não invasivas para o alívio da dor.

Elas relatam que não têm como promover a qualidade da assistência se o ambiente de trabalho não proporciona qualidade para o profissional. E quem também ganha o ônus da precarização do sistema são as mulheres que potencialmente podem ter um parto humanizado e não gozam desse atendimento, que deveria transcorrer desde do trabalho de parto, quando na verdade, por vezes, a assistência das enfermeiras obstétricas é limitada ao período

expulsivo ou em casos de intercorrências, como argumentado pela EO9:

... A gente acaba não conseguindo fazer realmente o trabalho de parto todo acompanhado. Você vai lá, acompanha, orienta e daqui a pouco você sai né, então você não consegue ficar direto lá, entendeu?!

Do mesmo modo, ocorre quando “do contato forçado com a tarefa desinteressante nasce uma imagem de indignação” (DEJOURS, 2015, p. 62). Ao passo que está sendo imposto à enfermagem obstétrica excessiva tarefa com sistema tecnológico da informatização do prontuário, que vai em desacordo com atuação da enfermeira obstétrica (que visa o cuidar “vivo” da assistência à parturiente), e isso acarreta consequências que nem sempre são positivas para as trabalhadoras.

Essas contradições do ambiente de trabalho, que remetem o sujeito à condição de subemprego em relação ao conteúdo da tarefa e a sua capacidade, não permite a enfermeiras obstétrica encontrarem a significação da tarefa em relação a sua profissão (a aproximação da evolução pessoal com o de aperfeiçoamento), correndo assim o risco de um fracasso pois gera um ciclo vicioso na medida que a rigidez da organização é realçada, gerando aumento da divisão de trabalho e conseqüentemente diminuindo o conteúdo significativo do trabalho e, assim, a possibilidade de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta (DEJOURS, 2015).

Sufrimento este provocado pelo desejo reprimido das enfermeiras exercerem o seu saber-fazer, saber-ser e saber-ético relacionados ao processo de parturição que influencia na utilização de palavras paradigmáticas que estão em desencontro com a filosofia da enfermagem e/ou da enfermagem obstétrica.

Nota-se na frase da EO7: “... É isso: “Faço o parto” (entre aspas), eu não assisto o parto!” A enfermeira nesta frase almejou articular que ela “- faz o parto” pois ainda continua inserida no modelo tecnocrático intervencionista hegemônico centrado da figura médica, tendo assim dificuldades também relacionadas a precarização do contexto de trabalho o que interfere na qualidade da assistência, aonde não tem conseguido formar vínculo, prestar um cuidado individualizado -

pois por vezes não sabe nem o nome da parturiente, e utilizar as tecnologias não invasivas. Deste modo, a referida enfermeira entra em choque paradigmático quando relata: - eu não assisto o parto. Nesta frase a mesma refere não conseguir respeitar a fisiologia e a vontade da parturiente para ser um parto natural e seguro, com a utilização das boas práticas. Neste momento ela inconscientemente deu mais ênfase na sua atuação ao parto, não lembrando que o cuidado e a assistência de enfermagem não é somente no parto, mas sim durante todo o processo de parturição e para todas as mulheres e acompanhantes.

Assim, observa-se que as enfermeiras estão alienadas ao trabalho capitalista e ao medo de sair da sala de parto e perder o contato da assistência ao parto. Neste fato, parece que o sofrimento patogênico expressado pela ansiedade, medo e depressão são desvalorizadas no mundo do trabalho. O trabalhador que se nega a trabalhar por estas condições psicológicas fica extremamente vulnerável a perder o emprego, sem indenização e sem pensão (DEJOURS, 2015).

Portanto, infere-se que a profissional encontra-se esgotada por achar que poderia fazer mais pelas mulheres e não faz devido as pendências administrativas que a organização exige delas. O que causa insatisfação não é por ter trabalho administrativo, mas por ser exacerbado e não ser dividido com outras categorias, como a EO9 argumentou:

*O que me incomoda assim é aumentar a burocracia, entendeu? **Dificultar o burocrático.** Ah por exemplo, a gente antes tinha que internar o bebê, porque? Porque o médico tem que ter o bebê internado, mas porque tem que ser eu que tenho que fazer isso, entendeu? **Ah, porque a instituição não tem administrativo para fazer isso”, então sobrou para você.***

Quando a enfermeira aponta desdobramentos: “... então sobrou para você. Reflete a insatisfação pela deficiência na identidade da enfermagem obstétrica na execução do trabalho real da assistência no CPN. Com efeito, engendra-se a crise de identidade tão discutida na enfermagem obstétrica.

Nesta conjuntura, Carvalho (2013) ao estudar a identidade dos enfermeiros frente ao seu papel e posição no campo de assistência, pontua que a crise econômica afeta a essencialidade dos traços da prática assistencial, na Saúde e na Enfermagem. Portanto, está crise ocasionada pela globalização e competitividade implicitamente distorcesse o sentido das ações do viver, do conviver e do trabalhar. A autora afirma que “tudo muda à nossa volta e em nós mesmos, tudo vai de roldão com o pensamento em crise, incluída a compreendida e assumida identidade profissional” (CARVALHO, 2013 p. 23).

O sofrimento humano como ético-político produzido por uma história de desigualdades e injustiças sociais, vivenciado pelo indivíduo, tem origem nas relações intersubjetivas constituídas socialmente. Essa visão contribui para uma releitura do sofrimento, não como característico do indivíduo, mas como produto de processo histórico político, social e econômico de exclusão (SOUZA, 2012 p.27).

A pesquisa de Oliveira et al (2014, p.52) afirmou que uns dos fatores que dificulta a governança (autonomia, controle e qualidade) da enfermagem obstétrica é a sobrecarga de trabalho propiciada pela demanda aumentada e a falta de profissionais. “A sobrecarga de trabalho gera nos trabalhadores cobranças pessoais, esgotamento físico e sentimentos de frustração por não estar executando o trabalho da maneira como gostariam”.

O estudo de Campos (2012) pontua que o trabalho na área da saúde engendra custos psicossociais mais elevados, pois trabalha-se com vidas em estado de fragilidade e dependência. Entretanto, esse risco à saúde do profissional é difícil de ser mensurado, visto que a subjetividade das vivências entre o desejo e a realidade não levam em consideração as características fisiológicas e hereditárias de cada indivíduo.

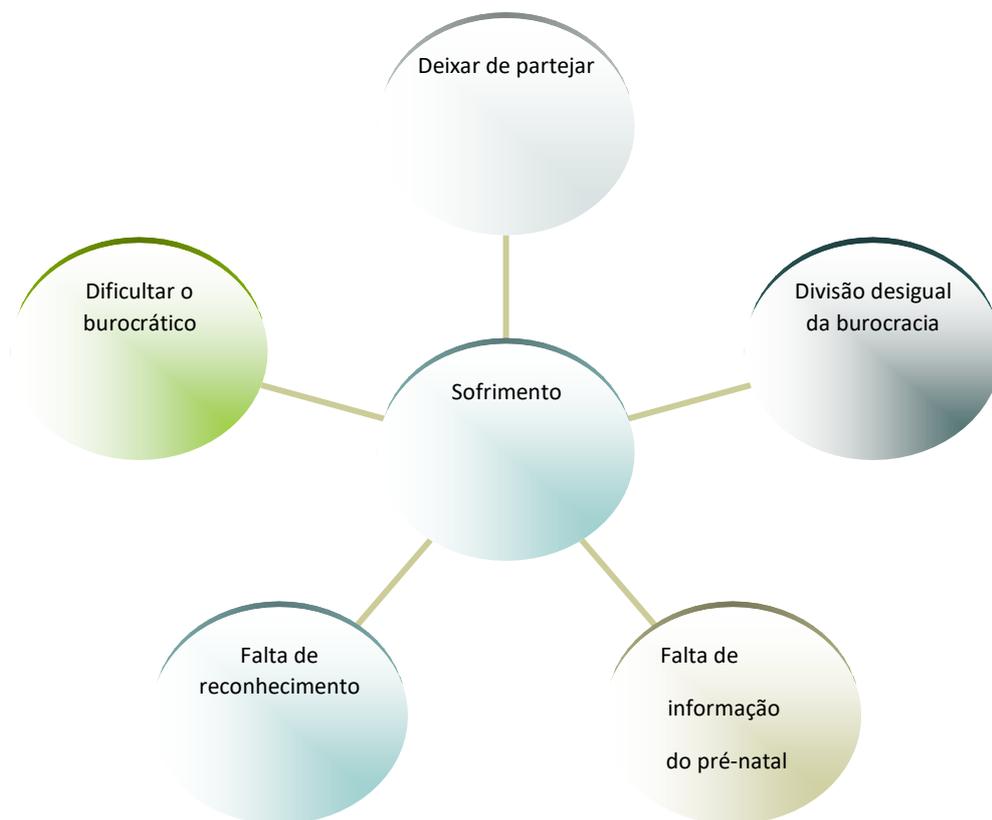


Foto 8 – Sofrimento – Principais unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016

➤ **Estratégias defensivas**

O sofrimento gera estratégias defensivas, desenvolvidas pelo sujeito para suportar as pressões do seu trabalho e continuar em atividade. Sendo assim, como estratégias defensivas sobre a contradição dos desejos, a profissional necessita do julgamento em forma de reconhecimentos dos seus pares e das clientes que, se bem avaliadas, podem gerar satisfação e vivência de intenso prazer pelas enfermeiras obstétricas.

Infere-se, embasado na teoria dejouriana, que o enfrentamento das vivências de não-conformidades das situações concretas do trabalho, estão

relacionados a ressonância simbólica. De modo que o indivíduo possa refletir sobre seu questionamento interior, dar continuidade a ele e delinear sua história. Assim, o trabalhador usa a sua invenção e criatividade, a inteligência astuciosa, para equilibrar à capacidade de realizar ajustes na organização no momento em que se vê diante de situações inéditas ou inesperadas de trabalho.

Observa-se nitidamente no discurso da enfermeira EO10 quando questionada: Como você se sente fisicamente no final de um plantão? E é mais cansaço físico ou mental?

*Acho que os dois, porque é muita coisa que tem que resolver, então você acaba um dia você está exausta, você está sempre desejando férias, isso é ruim né, porque **assim você acaba estando sempre insatisfeita**. Hoje mesmo quando eu **recebi uma dedicatória** por causa de um parto que eu assisti no ultimo plantão, **isso que me faz motivar a continuar.**”*

Nota-se que as enfermeiras reconhecem o real do trabalho, por isso criam estratégias para cercar este real, que no caso do comentário supracitado foi o reconhecimento em forma de dedicatória da cliente, que a motivou diante da precarização do trabalho e que a deixou satisfeita. Concomitantemente, Freitas (2014 p. 56) infere que “os enfermeiros buscam nas ações realizadas e no reconhecimento o sentido para o desgaste vivenciado, o que o motiva para seguir trabalhando em meio aos desafios e sofrimentos cotidianos.”

A partir deste relato veremos outras formas de estratégias utilizadas pelas depoentes na foto abaixo:

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Estratégias defensivas	<p>Então, acho que falta muita informação ainda e isso é deficitário lá do pré-natal, porque aqui a mulher com dor, você tem que se colocar também no lugar da pessoa e de quem está acompanhando, seja mãe dela, seja o marido... EO3</p>
	<p>Não é igual parto domiciliar, aqui é uma instituição e existem protocolos a serem seguidos. Entendeu? Então tem hora que precisa intervir, a gente tem que saber até o momento, existem momentos que precisam intervir, entendeu? EO4</p>
	<p>Ai eles (médicos) tomam a conduta (usar intervenção) que eles querem. Porque já não é mais parto meu, já é parto de alto risco. EO7</p>
	<p>Me sinto satisfeita, agradeço a Deus por ter... Eu sempre antes de sair de casa eu falo “Deus, que o Senhor use as minhas mãos”, porque aqui na obstetrícia a gente tem que lidar com duas vidas, entendeu? Então, eu falo e a obstetrícia é uma caixa de surpresas. EO4</p>
	<p>Por mais que a gente tenha muito problema com a maternidade, com a questão do processo do trabalho, mas pelas relações interpessoais aqui é tudo ótimo para mim. Por isso que eu gosto de vir muito aqui para cá e não consigo abandonar a maternidade. EO8</p>
	<p>E assim não tenho problema com nenhum deles, tenho um bom entrosamento com os médicos, os médicos me respeitam e eu adquiri o respeito deles também, com o tempo. Assim, não chamo eles se eu achar que realmente não precise. EO10</p>
	<p>Vou para casa né... Choro em casa, tomo um banho, penso “não posso ficar assim, vou passar para criança...” Ou então desabafo, ligo para amiga que já saiu da instituição, fala: - Você tem que sair daí! - ahhh, vou sair um dia...” Não vai! “Vou largar um dia! Não vai, tudo mentira... EO9</p>
<p>É muito cansativo, então o que eu faço? Às vezes eu tomo meio remedinho para dormir. Para descansar para tentar relaxar. EO10</p>	

Foto 9 - Estratégias defensivas – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

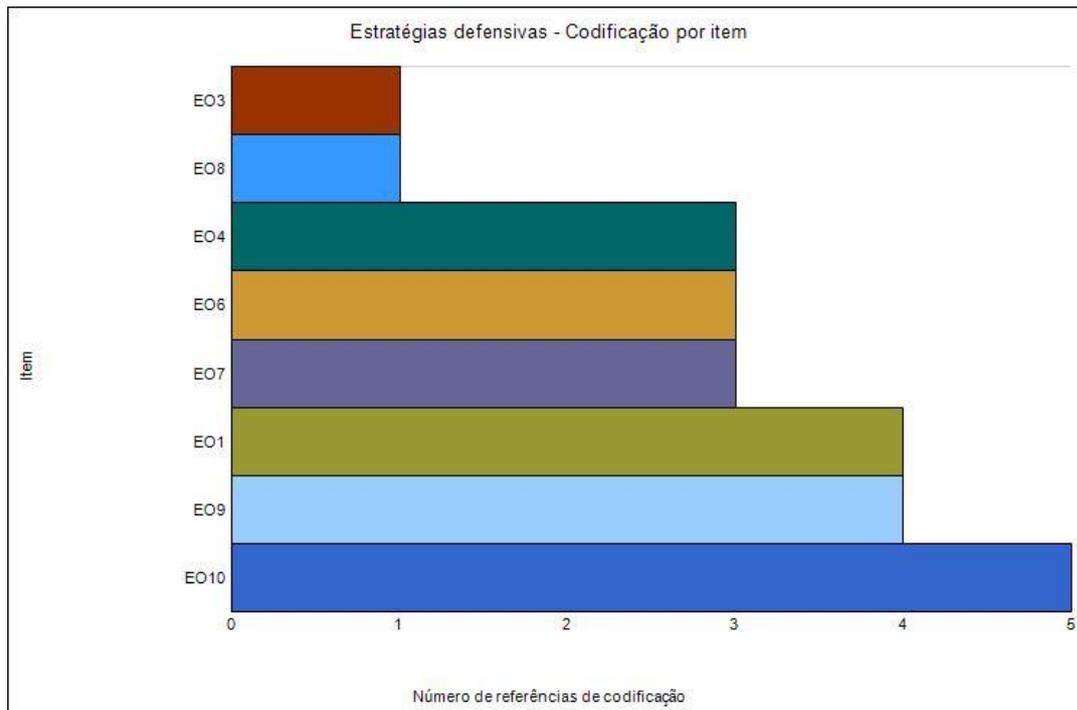


Gráfico 9 - Estratégias Defensivas – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

Refletindo sobre as estratégias defensivas impressas a partir do contexto da sociedade contemporânea, que remete ao individualismo, violência, exclusão social e banalização da dor e do sofrimento, as entrevistadas refugiam-se desenvolvendo estratégias que induzem a atribuir o mal a causalidade do destino e a falta de indignação frente a injustiça (SOUZA, 2012). Assim como, procuram o apoio social no enfrentamento e na superação das situações negativas relacionadas ao trabalho (FONSECA, 2012).

Assim, muitas utilizam como estratégia defensiva a cumplicidade e amizade entre seus pares na luta contra o agravo laboral, pois comungam das mesmas aflições, medo, angústia de não serem capazes de seguir as cadências ou os limites, mesmo que alguns profissionais consigam lidar com maior facilidade que outros diante das cargas tensionais (PRATA, 2011).

Igualmente evidenciou o estudo de Freitas (2015 p.50) que “pelas características desgastantes da dinâmica de trabalho da estratégia de saúde da família, os trabalhadores se fragilizam e buscam o suporte na própria equipe.” Em tempos difíceis, com o trabalho precarizado, o que mantém o entusiasmo no trabalhador é o apoio mútuo que surge entre os membros, o sinergismo que vem de pessoas trabalhando juntas (FREITAS, 2014)

No entanto, apesar do apoio social fazer parte das estratégias defensivas, o individualismo também foi diagnosticado nos comentários. Como relatou a EO10: “- Assim, não chamo eles (médicos) se eu achar que realmente não precise.” Nesta frase fica evidente a marca do trabalho taylorizado, permeado por tarefas individualizadas, que compromete o coletivo, pois não há condições que favoreça a deliberação coletiva, na qual os problemas seriam discutidos pelo grupo, integrados e as soluções seriam encontradas em comum acordo (SOUZA, 2012).

Assim como, no ambiente tecnocrático com intervenções desnecessárias as enfermeiras justificam suas ações, por vezes tecnocrática, devido a utilização de protocolo ainda ultrapassado - coisa que no parto domiciliar está mais avançado, alinhado com as evidências científicas, ou afastam-se da assistência à cliente no momento que outro profissional optar pela intervenção. Elencamos aqui fatores que também colaboram para o individualismo como estratégia defensiva para que o sofrimento não perpetue a patogenia.

Visto que, o dogma da enfermagem é a visão holística e preventiva, a não contaminação e a separação entre tecnologia e o ser humano (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009). Por isso, a estratégia defensiva do individualismo pode comprometer a relações de trabalho e com efeito engendrar para a violência social e redução da assistência de qualidade à mulher. Como pode-se inferir no comentário abaixo:

Você não tem como promover a qualidade se você não tem qualidade como profissional. EO8

Neste fragmento citado podemos concordar com o estudo de Freitas et al (2016) que diagnosticou como uma das estratégias defensivas dos enfermeiros da estratégia de saúde da família é a banalização da injustiça ou sofrimento, visto que, o trabalhador consegue suportar a carga de trabalho pois parece estar anestesiado. Este processo de banalização tem como consequência o estado de “paralisação”, frente às limitações impostas pela organização do trabalho. Deste modo, a motivação para pró-atividade parece esgotada.

E ainda, observamos que o sofrimento as leva a se apegarem a Deus, como forma de fazer o bem para ao outro e sempre que narram sobre os constrangimentos externos, as depoentes rapidamente justificam as atitudes das mulheres e se colocam no lugar do outro. Como justifica a EO8:

Porque com a falta de informação as mulheres não conhecem a forma de como a enfermagem obstétrica trabalha. Por consequência, acaba tendo essas questões de reclamações.

Portanto, devido a este contexto de trabalho flexível, quando as enfermeiras chegam em casa não conseguem deligar-se das contradições encontradas no trabalho, umas choram e outras tomam medicação para relaxar e dormir.

Nota-se que mais uma vez aparece a marca do trabalho neoliberal induzindo o trabalhador ser o seu próprio explorador e, assim, a lógica de manipulação vai se construindo. Por isso, os trabalhadores explicam e esclarecem os problemas que poderiam ser questionados e transformados coletivamente (RANCAN; GIONGO, 2016).

“Mas não se pode condenar as estratégias defensivas! Elas são necessárias à vida e a proteção da integralidade psíquica e somática” (DEJOURS, 2011 p. 84). O ciclo entre prazer e sofrimento busca por meio das estratégias defensivas o encontro da racionalização, para alimentar e nutrir este ciclo (DEJOURS, 2011). Deste modo, “a racionalidade pática visa não ao sucesso da ação segundo o mundo social, mas à coesão e à coerência entre a ação e os objetivos do sujeito em conservar sua saúde” (BOUYER, 2010 p.251).

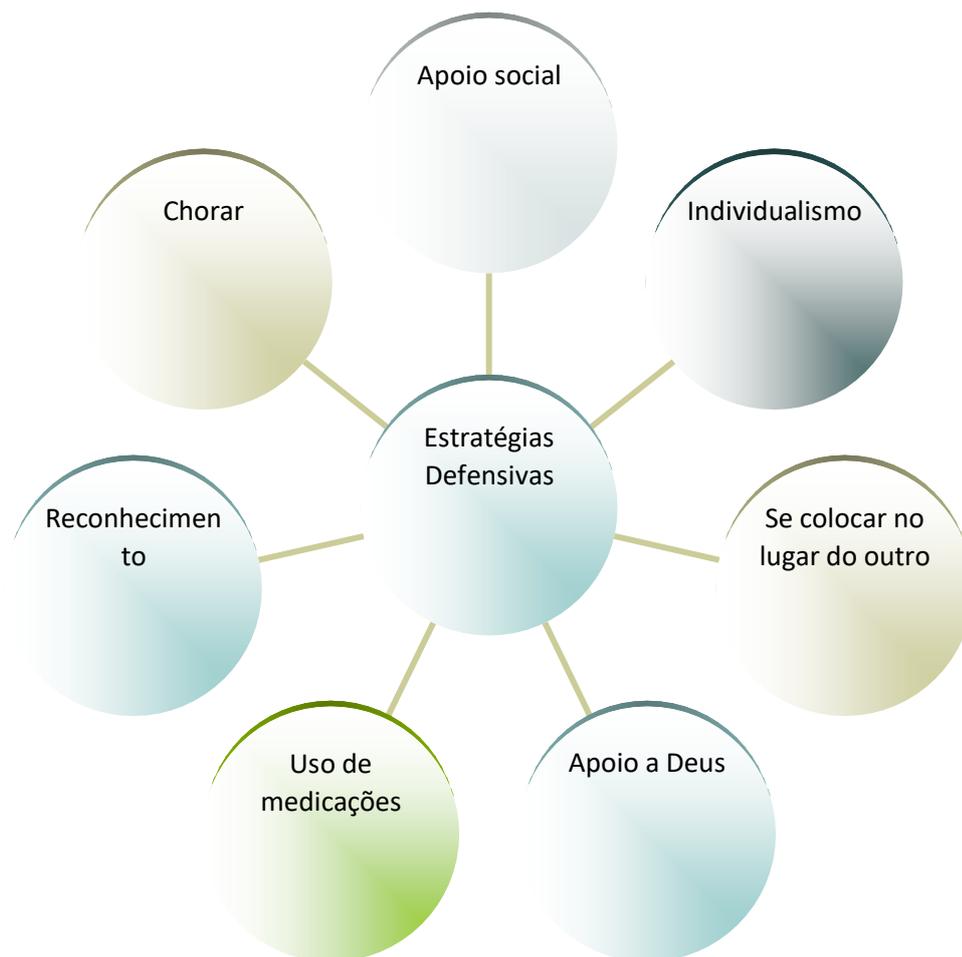


Foto 10 - Estratégias defensivas – Principais unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016

➤ Normalidade Enigmática

Os comentários destacados abaixo revelam o quanto as enfermeiras são envolvidas e realizadas pelo o que fazem, tornado a maternidade um campo que proporciona sonhos e a possibilidade de concretização destes.

E hoje o trabalho na sala de parto, para mim, eu faço muito pelas mulheres, sabe. Para mim é uma válvula de escape, sabe. Eu prefiro muito mais ver as mulheres em trabalho de parto do que fazer qualquer outra coisa. Ver assim um ser novo nascendo e tal, eu falo com elas que eu renasço em cada parto. (EO1)

Não seria outra coisa se não fosse enfermeira obstetra. Acho que Deus me usa muito nessa minha profissão e só de, quando eu venho para o plantão e vejo o bem que a gente faz para o próximo, ver o quanto elas ficam gratas só da gente dar uma atenção, segurar na mão, olhar nos olhos e depois elas ficam realizadas, ficam gratas e não tem dinheiro que pague essa gratidão que elas têm, da gente proporcionar o bem para o outro. (EO4)

Os depoimentos acima demonstram como as profissionais vivenciam de modo direto, via sublimação, a transformação do desejo em realidade no inconsciente, e de modo indireto pela resignificação do sofrimento em prazer como válvula de escape (ROIK, 2010). Ou seja, a sublimação diz respeito a transformação inconsciente do impulso em ajustar ou ficar em conformidade com as demandas da organização, sendo um mecanismo para compensar frustrações, mesmo que isso ocorra momentaneamente (BARROS; HONÓRIO, 2015).

Daí o interesse da Psicodinâmica do Trabalho em questionar o motivo que cada trabalhador vivencia o estado de normalidade dentro da dicotomia de prazer e sofrimento que uma atividade representa.

Múltiplos são os elementos que ameaçam as atividades dos enfermeiros. Dentre eles o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde em relação ao excesso de atividades que eles executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro (CAMPOS, 2008, p.86).

Assim, observa-se que, em meio a tantos problemas, a forma de trabalho precarizado e flexível acomete o sujeito, e mesmo assim ele entra num estado de normalidade como estratégia para não se deparar com o sofrimento patogênico.

Igualmente, Duarte e Mendes (2015) discorreu sobre o enigma que Dejours constatou em suas pesquisas, pois não evidenciou adoecimento na maioria dos trabalhadores, mas constatou que mesmo em contextos precários e com tarefas monótonas, repetitivas e pouco significativas para os trabalhadores encontrava-se um estado de normalidade que prevalecia sobre o adoecimento.

Esta conjunção é explicada segundo a teoria da normalidade fundamentada pela Psicodinâmica do Trabalho cujo foco de suas vigilâncias está além do escopo da visão de que um problema de investigação deveria estar centralizado numa lesão ou disfunção psicológica. Isto significa que “as pessoas aparentam normalidade, as pessoas que trabalham estão normais, mas, em suas vivências (ou em sua experiência vivenciada), em sua experiência subjetiva mais íntima, individual, experimentam um sofrimento ligado ao trabalho...” (BOUYER, 2010 p. 252).

Segundo Dejours (2011, p. 13), “a normalidade representa o resultado de um compromisso, de uma luta entre o sofrimento provocado pelos constrangimentos organizacionais e as estratégias de defesa inventadas pelos trabalhadores para conter esse sofrimento e evitar a descompensação”

Desta forma, a normalidade é subjacente ao sofrimento e a defesa em contraponto à patologia, significa que a normalidade é o resultado da criação de estratégias individuais e coletivas de defesa dos trabalhadores frente ao sofrimento. (BOUYER, 2010; FREITAS et al, 2016). Por isso, o trabalhador contemporâneo suporta o sofrimento e muitas não adoecem pois utilizam o jogo de defesas entre prazer e sofrimento, numa normalidade enigmática, pois muitas das vezes trata-se de uma normalidade sofrida (BOUYER, 2010).

Para Louzada e Oliveira (2013) o estado da normalidade é quando o trabalhador consegue relacionar as causas e os conflitos do trabalho, entretanto alcança a subjetividade da normalidade. O que somente é possível capturar nos comentários dos mesmos sobre uma reflexão do seu próprio fazer, como exhibe a foto abaixo:

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
<p data-bbox="268 1115 470 1205">A normalidade enigmática</p>	<p data-bbox="528 309 1340 495">A falta de reconhecimento, desmotiva, mas assim, a falta de reconhecimento, a pressão médica às vezes. Mas assim, ainda não teve um motivo muito grande não, porque logo depois vem um parto lindo, um agradecimento, aí você já desmancha, esquece aquilo tudo da pessoa, entendeu? EO2</p> <p data-bbox="528 533 1340 797">Eu acho que do que eu vejo em outros lugares, aqui é o melhor lugar para trabalhar, que tem assim uma relação mais harmoniosa, né, entre as duas equipes (médicos e enfermeiros). Apesar de ter plantões (de médicos) que as vezes ficam querendo que a gente tenha mais intervenção, eles não têm uma conduta tão expectante como a gente tem. Porque a gente sabe que se aguardar vai evoluir, né. EO3</p> <p data-bbox="528 835 1340 943">Eu acho que é uma relação das mais harmoniosas que eu já vi em todas as maternidades. Logico que existem alguns atritos, mas a gente não tem, na maioria das vezes. EO5</p> <p data-bbox="528 981 1340 1205">Minha tristeza não é com a mulher, porque eu compreendo a mulher. Porque eu sei que as vezes ela não entende o que está acontecendo com o corpo dela, então, ela está no desespero, está sentindo dor, está incomodada e ela julga como sofrimento. Então ela vai tentar de certa forma se defender né, e as vezes a gente está ali na linha de frente, a gente vai sofrer o ataque. EO6</p> <p data-bbox="528 1243 1340 1350">Eu acho que as condições podiam melhorar? Podia ser mais leve? Podia. Podia ter mais renumeração? Podia. Podia ganhar tão bem quanto o médico? Podia ter menos empregos? EO9</p> <p data-bbox="528 1388 1340 1608">Acho que Deus me usa muito nessa minha profissão e só de, quando eu venho para o plantão e vejo o bem que a gente faz para o próximo, ver o quanto elas ficam gratas só da gente dar uma atenção, segurar na mão, olhar nos olhos e depois elas ficam realizadas, ficam grata e não tem dinheiro que pague essa gratidão que elas têm, da gente proporcionar o bem para outro. EO4</p> <p data-bbox="528 1646 1340 1718">Ver assim um ser novo nascendo e tal, eu falo com elas que eu renasço em cada parto. EO1</p> <p data-bbox="528 1756 1070 1783">Para mim não é um trabalho, é um prazer. EO5</p> <p data-bbox="528 1821 1340 2007">Então assim, esse cumprimento de meta para a gente é tranquilo. Porque as metas impostas pela secretária aqui na maternidade, são metas humanizadas, para a gente fazer o mínimo de intervenção, então para a gente é muito bom e para a mulher também. Então assim, a meta não complica né. EO9</p>

Foto 11 - Unidade de significação – A normalidade enigmática, Rio de Janeiro, 2016

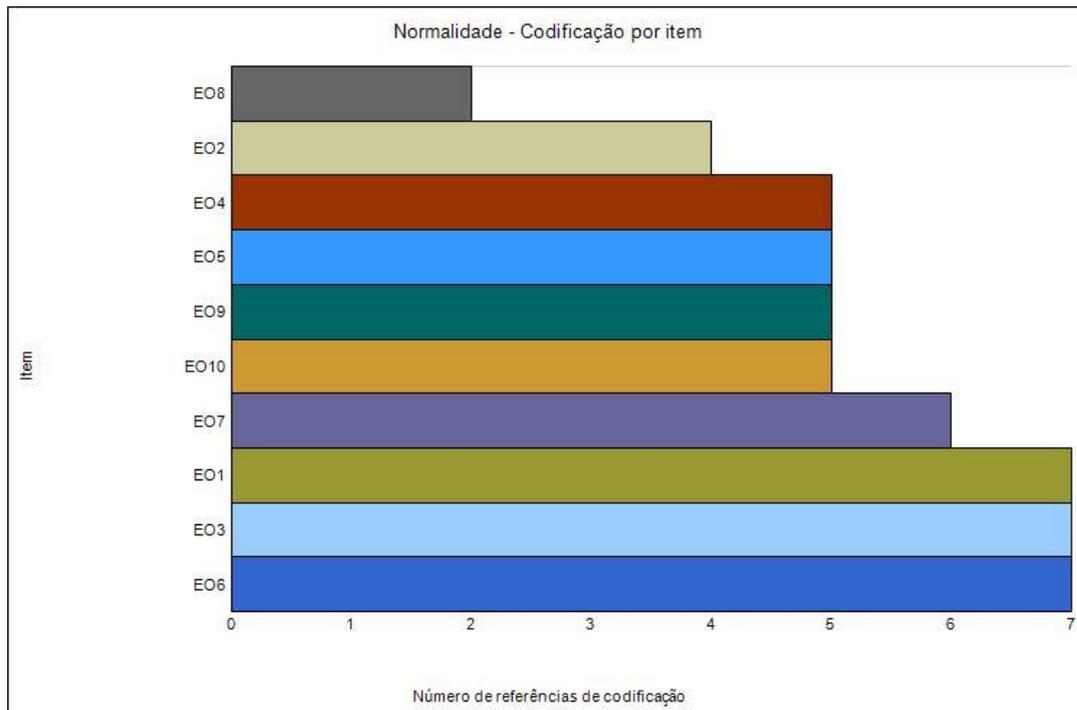


Gráfico 10 - A normalidade enigmática – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

Com a análise dos relatos a cima infere-se que as depoentes têm naturalizado o real do trabalho expressando o conformismo e o idealismo. Observa-se que as enfermeiras estão mais tendenciosas à subjetividade da normalidade do que contrastarem a influência que o neoliberalismo remete ao processo de trabalho.

Contudo, estamos diante de uma problemática, pois Bouyer (2010) cita que o contraponto do estado de normalidade é a dificuldade do trabalhador reconhecer que por trás desta aparente tranquilidade, foram travadas lutas incansáveis que não ganham sentido na atividade. Assim, nota-se que a banalização do sofrimento no trabalho remete a normalidade como equilíbrio precário mantido à custa do sofrimento das trabalhadoras (DUARTE; MENDES, 2015).

O conformismo que as enfermeiras estão atribuindo a relação de trabalho fazendo comparação com as relações tênues de outras instituições, o que as induzem alistar com as relações harmoniosas ou comparar o processo de trabalho

integrado, entretanto leia-se nas entrevistas indícios de uma equipe fragmentada dividindo os cuidados de baixo risco para a assistência de enfermagem e alto risco para a assistência médica, como expressado na frase a seguir:

*Então a enfermeira tem que **ficar auxiliando** né, como mais cedo que teve uma que eu também ajudei. Então a gente trabalha **muito em equipe aqui, eles entram quando a gente solicita, a gente entra quando eles solicitam e respeitam muito... A mulher que a gente está trabalhando, eles não vão entrar, não vão mexer, não vão examinar...*** (EO6)

Outro aspecto observado nos discursos é a normalidade da hegemonia do poder médico, como expressado na frase da EO6: “...então a enfermeira **tem que ficar auxiliando** (o médico) né.” Ou como relatado pela EO1: “- Apesar de ter *plantões (de médicos) que as vezes **ficam querendo** que a gente tenha mais intervenção.* A enfermagem obstétrica é autônoma e o seu trabalho não é auxiliar, mas sim interdisciplinar. Entretanto, ainda encontra-se o dito paradoxo quanto ao dever ético e certo subsidiarismo da assistência das enfermeiras à centralidade do poder médico (CARVALHO, 2013).

A submissão, ou a servidão voluntária, emerge da radicalização dos modos de organização do trabalho, que se baseia nos princípios da racionalidade econômica e da flexibilização do capital. Deste modo, pressupõe que para garantir a produtividade os trabalhadores naturalizam as contradições do trabalho em forma de submissão consentida e legitimada. “É como se o sujeito se associasse a um discurso institucional, que o faz ignorar todas as suas vivências enquanto sujeito portador de um saber e de um sentir” (RANCAN; GIONGO, 2016 p. 143).

Neste sentido, ainda relacionado ao conformismo, as enfermeiras relataram sobre a falta do reconhecimento, mas tratam como normal o trabalho ser pouco reconhecido, pois sempre tem alguma assistência que as renovam simbolicamente. Do mesmo modo, quando sofrem agressões verbais da clientela elas também acham que é o fenômeno normal relacionado a tensão do trabalho de parto e parto.

Assim, a enfermeiras, para não adoecerem e permanecerem na

normalidade enigmática, pois não significada a ausência de sofrimento no trabalho, idealizam o processo de trabalho contrapondo o sonho versus a realidade de modo invisível, silenciando o sofrimento. Exemplificaremos este contexto na seguinte frase da EO4: “-... ver o quanto elas ficam gratas só da gente dar uma atenção, segurar na mão, olhar nos olhos e depois elas ficam realizadas, ficam grata e não tem dinheiro que pague essa gratidão que elas têm, da gente proporcionar o bem para outro.” Nota-se que as enfermeiras relataram sofrimento relacionados ao realismo da falta de reconhecimento, falta de tempo para o partear e baixa remuneração, entretanto idealiza uma assistência holística e integral que as trariam satisfação.

Este comportamento normopático é a adaptação do sofrimento ao medo causado pela precarização do trabalho influenciado pelo neoliberalismo que se preocupa com o lucro econômico, tratando o profissional como um colaborador - que pode ser facilmente substituído. Assim, o medo torna-se a centralidade que permeia o sujeito pela ameaça de perder seu posto e sua condição (DEJOURS, 2011).

A indiferença e a tolerância ao sofrimento de uma parcela da população é a marca da sociedade neoliberal. A falta de indignação e de reação coletiva contra as injustiças existentes em nossa sociedade são as representações sociais da banalização do mal. Esse processo se realiza a partir da exclusão social e da precarização. A divisão social do trabalho favorece este processo. Este processo de banalidade do mal tem o poder de neutralizar a mobilização coletiva contra a injustiça e o mal praticado contra outrem em nossa sociedade (SOUZA, 2011 p.33).

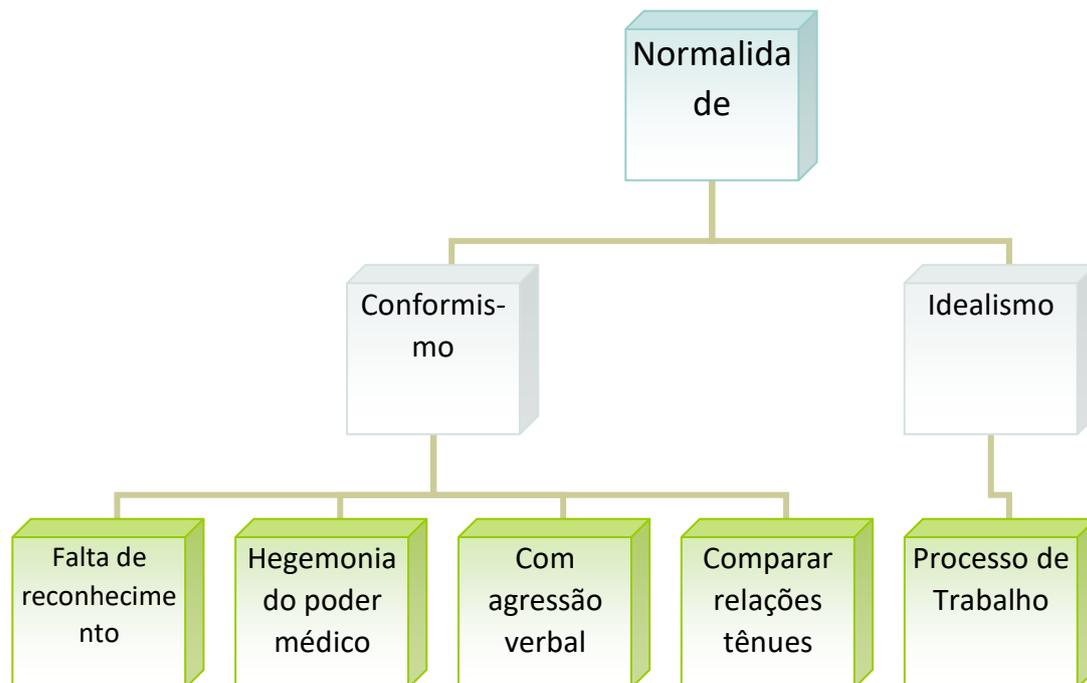


Foto 12 - Normalidade – Principais unidades de registro, Rio de Janeiro, 2016

➤ **Patologias**

Na relação do trabalhador com a organização do trabalho existe a presença de fatores estressantes: a fadiga, a frustração e a própria organização do trabalho. Esses fatores favorecem as descompensações psiconeuróticas, podendo levar o trabalhador a internações e tratamentos psiquiátricos (SOUZA, 2012 p. 26).

“Apesar de o trabalho conferir caráter construtor à vida do homem, se realizado em condições precárias pode se tornar gerador de doenças” (BARROS; HONÓRIO, 2015 p. 23). Em virtude disto, na dialética do trabalho, o trabalho nunca é neutro para o trabalhador, pois sempre causa prazer ou sofrimento. No presente estudo a relação dos potenciais riscos à saúde da enfermeira obstétrica, construíram as unidades de significação que compuseram a subcategoria dano físico: dor no corpo e cansaço.

No relato abaixo identifica-se que existem muitas exigências físicas, solicitando a estrutura corporal da enfermeira obstétrica e favorecendo o aumento dos sintomas musculoesqueléticos como dor na coluna, no braço e na perna.

Em relação a dor, a grande maioria das entrevistadas referiu sentir dor em alguma parte do corpo, como ilustrado nas falas e por conseguinte no gráfico:

UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
<p>Patologias</p>	<p>Ela já sai daqui cansada querendo chorar, porque foi um dia péssimo, pacientes difíceis, muito trabalho, muito sulfato, muito, sabe... EO9</p> <p>Vou te falar que tem horas que eu tenho vontade de largar a assistência, porque assim é cansativo e quando você vai ver, você se dedica tanto, então a sua vida pessoal acaba ficando um pouco parada, porque você está cansada, você deixa de fazer as coisas porque você veio exausta, você está aborrecida, então é muito chato. EO10</p> <p>Esgotada, como se tivesse carregando um caminhão de comida, é horrível. Horrível. EO8</p> <p>Cansada, exausta. Por vezes, até triste. EO9</p> <p>Exausta. Exausta, assim, quando eu faço 24 horas, dor na lombar. Sempre! EO1</p> <p>Afeta meu sono, até eu relaxar total... EO10</p> <p>Tem colegas nossas com tendinite. EO4</p>

Foto 13 - Unidade de significação – Patologias, Rio de Janeiro, 2016

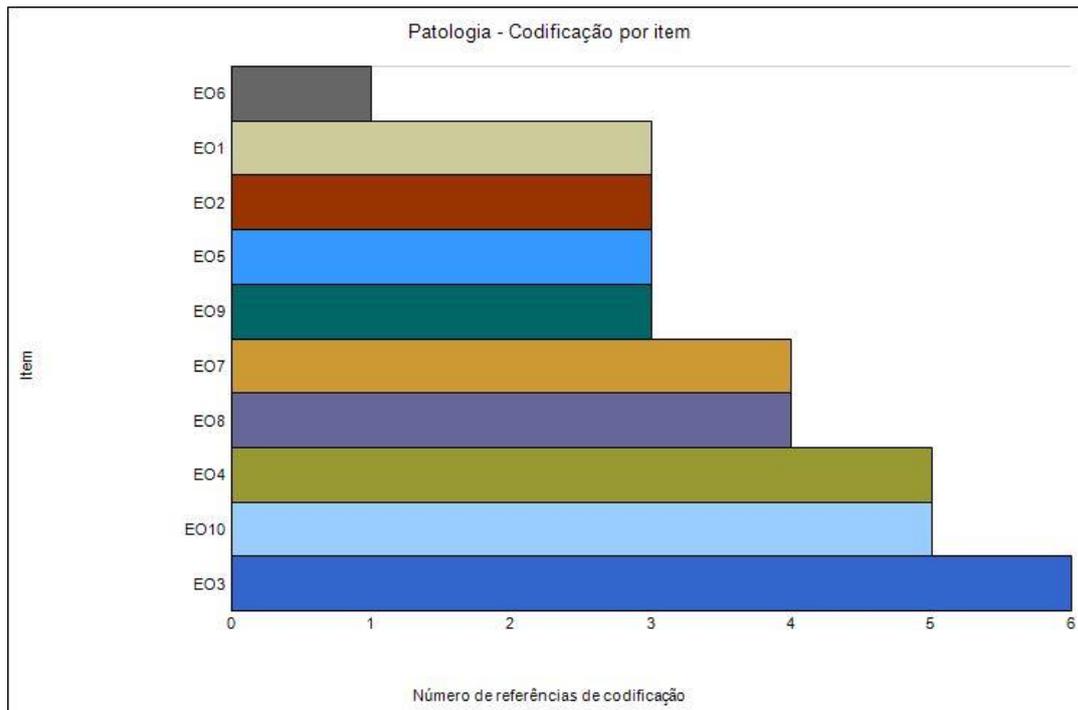


Gráfico 11- Patologias – codificação por item, Rio de Janeiro, 2016

E, no aspecto relacionado ao cansaço, as enfermeiras obstétricas expressavam que no término do plantão encontravam-se exaustas, devido à sobrecarga de trabalho.

Nos assuntos relacionado ao cansaço e dor no corpo, são promulgados pelas não conformidades ente a prescrição do trabalho e os desejos dos sujeitos, assim, explica-se os riscos e danos à saúde advindos das situações de trabalho. Com efeito, a sobrecarga imposta ao trabalhador engendra sofrimento visível nos danos físicos aos trabalhadores evidenciados nos relatos de dor. Somados ao sofrimento pela falta de reconhecimento e com a limitação da participação no processo produtivo (ROIK, 2010).

O estudo de Leite, Silva, Merighi (2007) explica que vários são os fatores que prejudicam a saúde da mulher no ambiente de trabalho, mas nem sempre são diagnosticados como doenças ou acidentes de trabalho. Estes fatores estão ligados às condições de trabalho e às características do trabalho, como: polivalência de atividades, fragmentação, sobrecarga e aceleração do ritmo de trabalho. Por isso como a enfermagem é predominantemente exercida por

mulheres, questões relacionadas em gênero precisam estarem evidenciadas quando forem analisados o processo de saúde e doença das mesmas no seu ambiente de trabalho.

Os pesquisadores supracitados identificaram que as equipes de enfermagem queixam-se rotineiramente sobre adoecimento relacionados ao sistema musculoesqueléticos e que a incidência da lesão compromete mais as mulheres, justificando-se não somente pela maior fragilidade biológica inerente ao sexo, mas em especial pela sua inserção social no mundo do trabalho.

Quando as depoentes foram indagadas se conheciam algum profissional que foi afastado devido as doenças relacionadas ao trabalho, desconheciam se foram afastadas devido as doenças relacionadas ao trabalho ou não. Coincidência ou não, durante o levantamento dos dados na referida maternidade haviam duas licenças médicas.

Igualmente demonstra o estudo de Leite, Silva e Merighi concluindo que um grande problema das LER/DORT é a subnotificação dos dados no trabalho exercido pela enfermagem, mesmo que a prática apresente uma inter-relação com as atividades: intensidade do ritmo de trabalho, além da própria forma de organização do trabalho.

Outro olhar, agora pontuado por Dejourns (2015), é que para analisar as condições de trabalho é necessário saber a relação da vivência do sujeito com a sua personalidade, ou seja, o que apresenta para ele como confronto da tarefa. Assim, o custo de cada indivíduo é diferente das exigências representadas pela tarefa prescrita.

Esta relação do trabalho ao homem induz a complexa consideração global da vivência (aspirações no arranjo da realidade de produzir satisfação concreta e simbólica). A satisfação concreta representa a proteção à saúde do corpo nos aspectos do bem-estar físico, biológico e nervoso. Entende-se neste caso que “subtrair o corpo à atividade de trabalho e permitir ao corpo entregar-se à atividade capaz de oferecer as vias melhor adaptadas a descarga de energia.” Na contramão está a satisfação simbólica que não tem como preocupação as

questões referentes ao corpo, mas sim os desejos ou motivações que cada conteúdo de tarefa vincula para o indivíduo (DEJOURS, 2015, p. 79).

Especula-se que o risco para a saúde do trabalhador advém quando a atividade deixa de representar relaxamento e prazer, causando sofrimento. Este sofrimento é primeiramente processado a nível mental e posteriormente deixa-se sua marca no corpo.

Em relação aos danos relacionados ao trabalho, constitui-se como fatigante quando a via psíquica de descarga está bloqueada e, por consequência, acumula-se a energia psíquica, engendrando as fontes de tensão e desprazer, que quando a carga de prazer está exacerbada gera a fadiga, a astenia e a partir daí a patologia. Somado às condições psicológicas, existe a relação dos efeitos somáticos, como por exemplo: a angústia e a emoção causam palpitações, hipertensão arterial, tremores, suores, parestesias, câimbras, desidratação das mucosas, hiperglicemia, aumento do cortisol sanguíneo, polaciúria, dentre outras. (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2015).

Com efeito, “o medo, a angustia no trabalho, mas também a frustração e agressividade, podem aumentar as cargas cardiovasculares, musculares, digestivas, etc” (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2015, p. 29).

A precarização do trabalho e o desemprego aumentam o medo, a insegurança e estimulam a obediência e submissão dos trabalhadores a situações cada vez mais opressoras de trabalho. Nesse contexto de tendência à precarização das relações de trabalho, aumentam o risco de desemprego, a ansiedade e o medo do trabalhador. O desgaste físico e psicológico passa, muitas vezes, a ser banalizado e encarado como se fosse parte da forma regular de trabalhar e viver (SOUZA, 2012 p. 35).

econômica nacional, ressalta-se o seu avesso, tornando-se explorativo. Esse contexto urge das profissionais o sofrimento que está relacionado a precarização do trabalho e a desarmonia do cuidado especializado da enfermagem obstétrica.

Este panorama da ideologia obstétrica expressado pelo processo de trabalho das enfermeiras catalisa consequências para as mesmas. Assim, infere-se que o processo de trabalho atual é centrado na articulação do trabalho morto: administrativo (fazer etiqueta e prover material). Este contexto gera consequências para a profissional, como sobrecarga, incomodo emocional, cansaço, insatisfação e sensação de não reconhecimento.

Os objetivos desta dissertação foram encontrados e alcançaram as expectativas das pesquisadoras. Visto que, observamos que há uma desconexão entre a proposta do Centro de parto normal com a realidade do processo de trabalho. Percebe-se que muitos fatores influenciam na prática das enfermeiras sendo estes dificultadores da identidade e facilitadores da permanência do modelo tecnocrático. É difícil atuar quando o processo de trabalho não foi articulado por completo, ou seja, implementaram a prática dos dogmas da enfermagem obstétrica, mas não estruturam o básico: a cultura da sociedade cesarista, a informação desde do pré-natal e a demarcação dos limites entre as categorias, sendo este, o ponto de partida para a assistência mas não sendo unilateral.

Resumidamente, com a crise neoliberal e o congelamento monetário do Sistema Único de Saúde, foram introduzidos novos arranjos do modelo de gestão (cooperativa e celetista), havendo necessidade de reestruturar a produção. Com efeito, a fragilidade destes arranjos deixou o profissional mais vulnerável, no que tange as suas realizações do desejo e engendrou a precarização do trabalho.

Neste contexto, somado a crise neoliberal, precisava-se mudar a forma de parir e a assistência prestada no período gravídico para diminuir a mortalidade materno-fetal. Então foram introduzidas, primeiramente, nas maternidades do Município do Rio de Janeiro, as enfermeiras obstétricas pautadas no trabalho “vivo” na assistência ao parto normal de baixo risco.

Inferiu-se que, com o trabalho flexível, polivalente e com resquício taylorizado - pautado no atendimento fragmentado, centrado em ações protocolares e com modelo hegemônico centrado na figura médica - a enfermeira obstétrica está desenvolvendo parcialmente o conteúdo da tarefa prescrita, formando um abismo do seu trabalho real, entre a realização do ego e fonte de emancipação. Todavia, este distanciamento do real no trabalho favorece o sofrimento que pode transforma-se em violência social no trabalho. Não obstante questiona-se sobre as motivações das violências obstétricas e a permanência do modelo tecnocrático frente ao sofrimento no trabalho.

Contudo, a dicotomia dos paradigmas desta prática carece de maior investimos a nível de organização de trabalho, pois atualmente observa-se as trabalhadoras com medo do trabalho precarizado devido a ameaça de desemprego e isto na atual crise econômica é preocupante. Por este medo, as enfermeiras não têm consciência de que elas estão sendo usadas pelo modelo neoliberal. Sendo assim, como que se constatou no estudo, a crise de identidade está centrada na crise psicopatológica, sugere-se estudos que aprofundem sobre a reconfiguração do *habitus* para a transformação da posição da enfermeira no campo, como premissa para o reconhecimento.

Pontuamos as dificuldades e podemos concluir que muito se tem evoluído para a conquista da autonomia na formação da identidade profissional e que a enfermagem obstétrica está com muita visibilidade política e econômica na luta do reconhecimento de classe, atualmente com a proposta da Agência Nacional de Saúde com o programa parto adequado para diminuir o índice de cirurgia cesariana sem indicação plausível, com a autorização que os planos de saúde comecem a cobrir a assistência ao parto por enfermeiras e com a ampliação das equipes de partos domiciliares. Entretanto, é vital saber quem é a enfermagem obstétrica e aonde ela quer chegar, pois, para avançarmos precisamos nos situarmos como categoria, além da expertise.

Nesta conjuntura, as enfermeiras são objetos de excitações do seu desejo reprimido, assim, inconscientemente procuram as estratégias defensivas para encontrar a normalidade enigmática do trabalho. Entretanto, o corpo somático

não funciona por muito tempo com o desejo reprimido, tendo potencialidade de provocar o adoecimento físico ou mental.

O objetivo proposto pela pesquisa foi analisar os possíveis impactos na saúde destas trabalhadoras. Assim, verificou-se que o adoecimento está relacionado as dores no corpo, principalmente lombar, braço e perna, ao cansaço, a alteração no sono, a fadiga física, a exaustão após um dia de trabalho, além do comprometimento do sentido do trabalho. Como descrito na foto síntese a seguir.

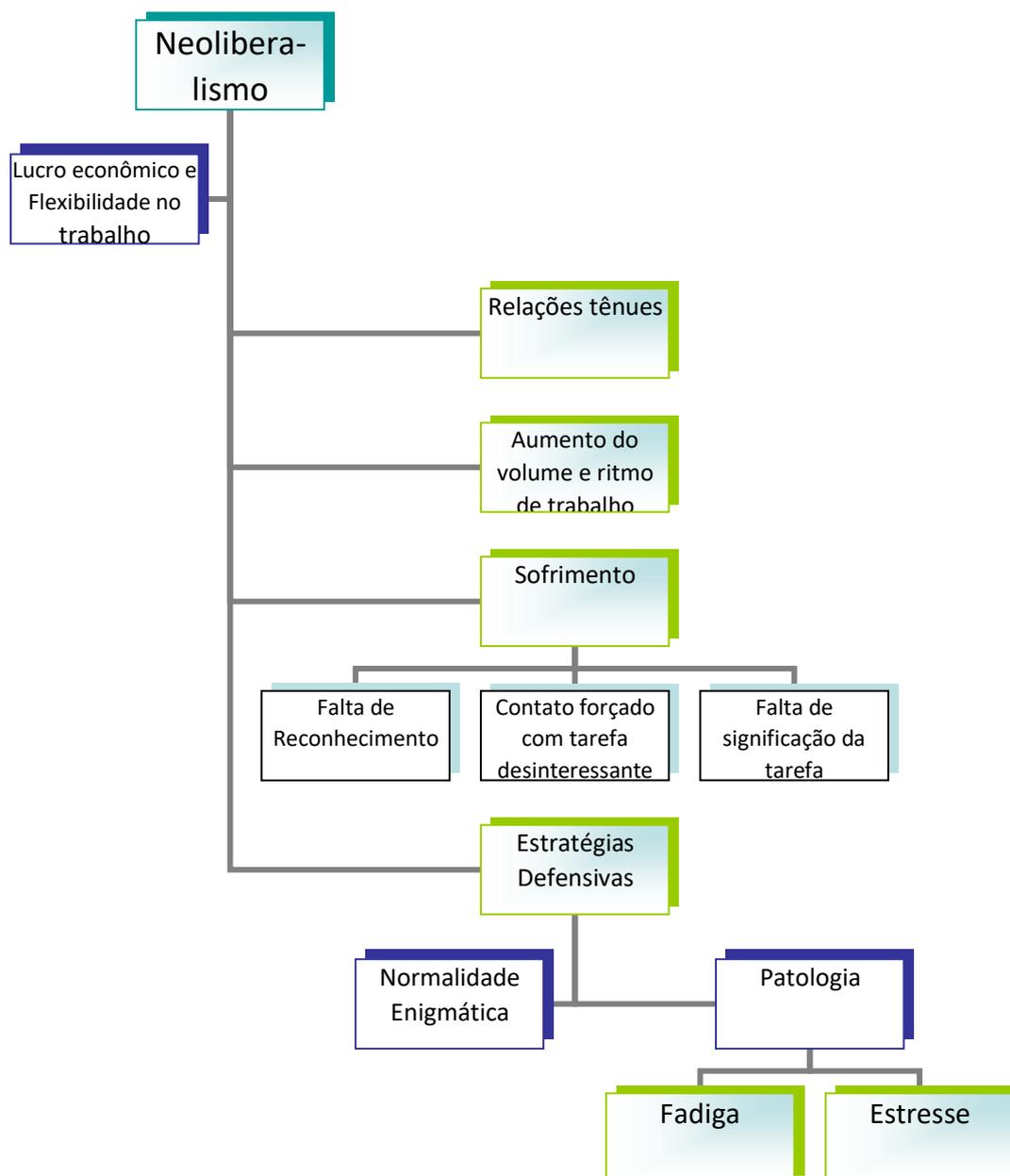


Foto 15 - Síntese da “fotografia” dos problemas laborais do centro de parto normal para a enfermeira obstétrica, Rio de Janeiro, 2016

Lembrando do título da pesquisa, conclui-se com a reflexão de simbolizar a enfermeira obstétrica com uma Fênix. A analogia da enfermeira obstétrica com a fênix não é por acaso. Nesta realidade de trabalho com essência tecnocrata e precarizado, a organização quer sugar o suor da trabalhadora e em troca lhe dá o Reino do Céu. A flexibilidade que permeia as trabalhadoras com os contratos de trabalho e falta de verbas para pagamentos acovarda as mesmas.

Tal visão parece denotar exploração e excesso de demanda no dia a dia do trabalho, contudo é difícil de acreditar que as subjetividades das tarefas levem o indivíduo ao estado de renascimento. Pois, mesmo com o fardo das considerações levantadas, problemas de conflitos no trabalho e excesso de sobrecarga, a enfermeira obstétrica é capaz de transformar o sofrimento em normalidade, mesmo que a princípio entre em combustão para depois renascer (transformando os problemas em normalidades ou criando estratégias defensivas). Então, acreditamos que assim como a fênix, a enfermagem obstétrica é o símbolo de força que alça voos altos, traçando estratégias defensivas, inconscientemente, para não perecerem.

Para adeptos, a fênix - conforme conta sua história - tem o significado das cinzas à luz. Deste ponto de vista, podemos criar o seguinte paralelo: dos problemas à tenacidade, dando a esta última o significado de: assistir ou cuidar, prover recursos, orientar clientela, administrar recursos humanos e setor, aprofundar sua essência de gente que cuida de gente. Todavia, diante do cenário de massacre, as trabalhadoras externam que muitos são os problemas, enfrentam um leão por dia, entretanto renascem a cada parto.

REFERÊNCIAS

1. CALIFE, K.; LAGO, T.; CARMEN LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**. Manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.
2. AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 11, p. 1-9, nov. 2010.
3. ANTUNES, R. **Riqueza e miséria do trabalho**. São Paulo: Ed. Boitempo, 2014.
4. AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34-55, abr. 2014.
5. BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 278-82, mar./abr. 2009.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.
7. BARROS, N. M. G. C.; HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **Rege**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-39, jan./mar. 2015.
8. BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-74, jun. 2013.
9. BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, v. 122, p. 249-259. 2010.

10. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo pesquisa seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1985, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 10 mar. 2016.
12. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.coren.df.org.br/legis_parec/leis. Acesso em: 28 out. 2016.
13. BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS**, Campos dos Goytacazes, v. 2, n. 2, p. 306-18, 2012.
14. CAMPOS, J. F. **Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro**. 2008. 121 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
15. CARRILLO-GARCÍA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. 6, p. 1314-20, nov./dez. 2013.

16. CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul. 2014.
17. CARVALHO, V. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 24-32, 2013.
18. COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. F. Estresse entre profissionais de enfermagem: efeitos do conflito sobre o grupo e sobre o poder do médico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n.5, p. 1191-8. 2011.
19. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Nota de esclarecimento do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. 2010. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nota-de-esclarecimento-do-conselho-regional-de-enfermagem-de-minas-gerais_5673.html. Acesso em: 5 jan. 2017.
20. DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7 ed. São Paulo: FGV Editora, 2011. 160 p.
21. DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2015.
22. DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. **Prod.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004.
23. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho. Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2015.

24. DELGADO, J. M.; GUTIERREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Editorial Síntesis, 1994.
25. DUARTE, F. S.; MENDES, A. M. Da escravidão à servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. **Farol: revista de estudos organizacionais e sociedade**. Belo Horizonte. n. 3, abr. 2015.
26. FONSECA, A. P. L. A. **Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar**. 2012. 132 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
27. FREITAS, P. H. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 25, v. 4, p. 1-8, 2016.
28. FREITAS, P. H. **Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros no trabalho em estratégia saúde da família**. 2014. 124 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul.
29. GONÇALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p.646-53, jul./set. 2015.
30. GOMES, A. M.T.; OLIVEIRA, D. C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 608-615, ago. 2010.
31. GOMES, M. L.; SILVA, A. C. V. **Desafios para o acompanhamento do processo fisiológico na atenção ao parto: transição de paradigmática na prática**

- obstétrica da enfermeira.** Caderno do Facilitador. Rio de Janeiro: Ed. ABENFORJ, 2014.
32. LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-9, jan./mar. 2006.
33. LEITE, P. C.; SILVA, A. M.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 287-91, jun. 2007.
34. LEISTER, N. **A transformação no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
35. MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-47, dez. 2006.
36. MARTINS, C. C. F. et al. Agentes estressores na terapia intensiva: visão do profissional de enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 10, 3386-91, out., 2014.
37. MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-8, fev. 2009.
38. MELO, C. M. M. et al. Professional autonomy of the nurse: some reflections. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, oct/dec. 2016.

39. MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995.
40. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 2009.
41. MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-40, out./dez. 2009.
42. NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-68, 2013.
43. NELI, M. A. **Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo com os trabalhadores com uma indústria avícola**. 2006. 110 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
44. NUNES, I. M.; FERREIRA, S. L.; PAIVA, M. S. Condições de trabalho de enfermeiras obstetras: aspectos de uma realidade. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 652-57, nov./dez. 2002.
45. OLIVEIRA, O. V. S. **As estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar brasileiro: uma revisão integrativa**. 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

46. OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, v.4, p. 569-76, out./dez., 2008.
47. OLIVEIRA, R. J. T. et al. Condições intervenientes à governança da prática de enfermagem no centro obstétrico. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 1, p. 47-54, mar. 2014.
48. PRATA, G. P. **A tecnologia no cuidado hemodialítico: prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro**. 2010. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
49. PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-8, 2013.
50. PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n.4, p. 1123-29, out./dez. 2014.
51. PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 165-9, 2009.
52. PROGIANTI, J. M.; PRATA, J. A.; BARBOSA, P. M. A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do programa cegonha carioca. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 164-71, mar./abr. 2015.

53. QUITETE, J. B. et al. Percepção de enfermeiras sobre o cuidado da enfermagem obstétrica. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 4, p. 896-903, abr. 2014.
54. RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-20. 2010.
55. RANCAN, M.; GIONGO, C. R. “Eles determinam, nós produzimos”: subjetividades capturadas pelo trabalho metalomecânico. **Psicologia & Sociedade**, n. 28, v. 1, p. 135-44. 2016.
56. RENNÓ, C. O. **Análise postural da equipe de enfermagem durante o banho no recém-nascido**. 2012. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
57. RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev Estud Fem**. v. 10, n. 2, p. 449-59, 2002.
58. ROIK, A. **Trabalho e saúde: análise psicodinâmica em uma unidade fabril baseada nos princípios do toyotismo**. 2010. 139 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa.
59. SECCO, I. A. O. et al. Cargas de trabalho de materialidade externa na equipe de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Cienc. enferm.**, Concepcion Chile, v. 17, n.3, p. 69-81, 2011.

60. SILVA, B. L. et al. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, v. 35, n. 2, p. 1-6, fev. 2007.
61. SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3393-402, 2011.
62. SOUZA, M. G. et al. A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1987-2000, jan./mar. 2015.
63. SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 117-123. 2009.
64. SOUSA, F. M. S. A. et al. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros obstetras no desempenho de suas atividades laborais. **Acta de Ciências e Saúde**, Taguatinga Sul, v. 2, n. 1, p. 68-86, 2012.
65. SOUZA, V. A. As transformações no mundo de trabalho e a vivência subjetiva dos trabalhadores. **Aurora**, Marília, v. 5. p. 25-32, 2012.
66. TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem: estudo sociopoético. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-64, out./dez. 2008.
67. VASCONCELOS, B. M. REIS, A. L. R. M. VIEIRA, M. S. Uso do equipamento de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, nov./dez. 2008.

68. VERSA, G. L. G. S.; MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da enfermagem intensivista de um hospital ensino. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 409-15, mai/jun. 2014.
69. VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 304-13, abr. 2014.
70. WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M.; MOTICELLI, M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-70, 2012.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Parte 1- Perfil dos Participantes

- 1- Sexo: [] Feminino [] Masculino
- 2- Idade: _____ anos
- 3- Tempo de trabalho na Instituição: _____ anos
- 4- Tempo de trabalho no Centro Obstétrico: _____ anos
- 5- Escala: [] Diarista [] Plantonista
- 6- Em caso de plantão: [] Diurno [] Noturno
- 7- Carga horária: _____ horas/dia/plantão
- 8- Possui outro(s) vínculo na enfermagem, quantos? _____

Parte 2- Entrevista (roteiro)

1. Qual o valor/significado que o trabalho, na sala de parto, tem em sua vida?
2. Como você considera as condições de trabalho, a organização do trabalho e as relações interpessoais/profissionais?
3. Quais os principais problemas que encontra para o desempenho de sua atividade? (gestão, colegas, público, ele próprio). Comente sobre eles.
4. O que poderia ser feito para amenizar este estado de coisa/essa situação?
5. Como você se sente fisicamente no final do plantão?
6. Qual tarefa exige de você maior esforço físico? Por que?
7. Em quais situações você mais utiliza a sua memória e percepção para resolução de problemas e tomada de decisão?
8. Quais os momentos que são necessários controlar e disfarçar os seus sentimentos?
9. Quais as principais situações constrangedoras (agressões verbais) em seu trabalho?
10. Acha que seu trabalho representa algum risco à sua saúde? Em caso de resposta afirmativa, relatar quais e se conta com algum tipo de acompanhamento.
11. Conhece algum caso que tenha provocado o afastamento de algum colega da rotina de trabalho no Centro obstétrico? Poderia falar a respeito?

ANEXO 1**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título: A “fotografia” dos problemas laborais da sala de parto para o enfermeiro obstetra

OBJETIVO DO ESTUDO: Os objetivos deste projeto são discutir os problemas laborais relatados pelos enfermeiros na sala de parto; analisar os possíveis impactos na saúde do trabalhador, a partir dos problemas relatados pelos enfermeiros obstetras.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para realização da pesquisa. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. Para garantir o anonimato dos participantes serão identificados pela letra “EO” e o respectivo número à ordem de sua entrevista. O registro das entrevistas será utilizado somente para coleta de dados, que após 5 anos da pesquisa realizada serão descartadas. Se você não quiser ser gravado em áudio, você poderá informar ao pesquisador.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará na construção do conhecimento científico na área de enfermagem, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma

publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Centro Obstétrico, do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado sendo a aluna Priscila Saraiva Caramuru a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Joanir Pereira Passos. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Priscila Saraiva Caramuru no telefone (21) 99934-8135, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data:

Endereço:

Telefone de contato:

Assinatura (Pesquisador):

Nome:

Data:

ANEXO 2

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro
Telefone: (21)2215-1485
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezada(o),

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa que tem por título **A “fotografia” dos problemas laborais da sala de parto para o enfermeiro obstétrico**, por você fazer parte da equipe de enfermagem da rede de maternidades do município do Rio de Janeiro esta característica é imprescindível e o torna candidato ao projeto. Esta pesquisa tem como autora a Mestranda em Enfermagem Priscila Saraiva Caramuru, orientada pela professora Joanir Pereira Passos, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UNIRIO, e tem por objetivos: discutir os problemas laborais relatados pelos enfermeiros na sala de parto e analisar os possíveis impactos na saúde do trabalhador, a partir dos problemas relatados pelos enfermeiros obstétricos.

Solicitamos sua autorização para realização de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e publicada no trabalho. O roteiro da entrevista possui 11 perguntas que leva cerca de 45 minutos para ser respondido. O roteiro da entrevista possui perguntas sobre perfil profissional e sobre suas concepções relacionadas ao tema da pesquisa. Solicitamos, também, sua permissão para que os dados coletados possam ser utilizados nesse e em outros estudos por nós realizados.

Garantimos o sigilo assegurando que sua identidade não será revelada em nenhum momento, pois utilizaremos pseudônimos na divulgação dos resultados. Esta pesquisa não acarretará riscos para seu trabalho e você pode recusar-se em participar ou solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa livre de qualquer penalidade.

Embora não haja nenhuma garantia de que a(o) Sra.(o) terá benefícios com este estudo, as informações que a(o) Sra.(o) fornecerá serão úteis para conhecer a realidade do trabalho, para que comece a refletir sobre as mudanças, pois somente conhece a realidade do trabalho quando o estuda, e para pesquisar sobre os problemas relacionados ao trabalho precisa-se indagar os profissionais que atuam no mesmo;

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. A(O) Sra.(o) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, que serão custeados pelos próprios autores. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, a(o) Sra.(o) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de

pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado **A “fotografia” dos problemas laborais da sala de parto para o enfermeiro obstétrico.**

Eu fui completamente orientado pela Enfermeira Priscila Saraiva Caramuru que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pelos próprios autores, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Participante: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Agradecemos a sua colaboração e estaremos sempre à disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefone:(21) 2542-7351. Deixo também disponível meu contato por telefone e por e-mail para qualquer esclarecimento: Tel.: (21) 99934-8135. E-mail: priscilasaraiva3@gmail.com. Este trabalho é orientado pela Profa. Dra. Joanir Pereira Passos. E-mail: jooppassos@hotmail.com. Caso tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja- Centro. Rio de Janeiro. Telefone: (21)2215-1485. Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa> / cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br.

ANEXO 3

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO**

Eu, Priscila Saraiva Caramuru, portador (a) do RG nº 20635568-7, vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, a realizar a pesquisa sob o título de: **“A “fotografia” dos problemas laborais da sala de parto para o enfermeiro obstetra”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016.

Pesquisadora

ANEXO 4**TERMO DE ANUÊNCIA**

O Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda está de acordo com a execução do projeto intitulado **“A “fotografia” dos problemas laborais da sala de parto para o enfermeiro obstetra”**, coordenado pela pesquisadora/mestranda Priscila Saraiva Caramuru, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Responsável

Nome do responsável institucional ou setorial:

Cargo do Responsável pelo consentimento:

Carimbo com identificação ou CNPJ