



HEITOR SILVA BIONDI

**INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO
PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

**Rio Grande
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEnf
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO
PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

HEITOR SILVA BIONDI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

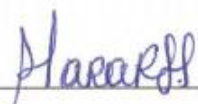
Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.
Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Dra. Eliana Cardia de Pinho

**Rio Grande
2016**

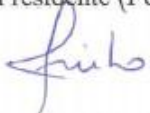
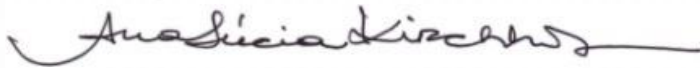
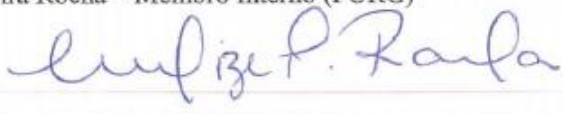
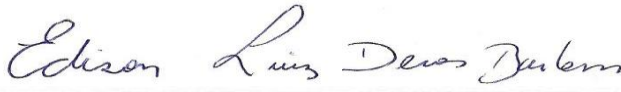
**INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO
PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Branca examinadora para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em onze de março de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/FURG

| Banca Examinadora |
|--|
| Dr ^a Eliana Cardia de Pinho – Presidente (FURG)  |
| Dr ^a Ana Lúcia Cardoso Kirchhof – Membro Externo (UFSC)  |
| Dr ^a Laurelize Pereira Rocha – Membro Interno (FURG)  |
| Dr ^a Maira Buss Thofehn – Suplente Externo (UFPEL) |
| Dr ^o Edison Luiz Devos Barlem – Suplente Interno (FURG)  |

B615i Biondi, Heitor Silva

Inter-relações entre as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros e a efetivação do programa nacional de humanização no pré-natal e nascimento / Heitor Silva Biondi. - Rio Grande: [s.n], 2016.
105f.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Eliana Cardia de Pinho
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande -
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem.
Referências bibliográficas: f. 89-100.

1. Carga de Trabalho. 2. Humanização do Parto. 3. Enfermagem
I. Pinho, Eliana Cardia de. II. Universidade Federal do Rio Grande. III.
Título

AGRADECIMENTOS

A gratidão é um sentimento incrível, imensurável e imprescindível. Incrível, pois vem acompanhada de inestimáveis lembranças de todos os caminhos percorridos, das batalhas, das frustrações e das vitórias. Imensurável, porque a grandeza deste sentimento toma conta de todos os espaços, inunda a alma e transborda em sorrisos e lágrimas de alegria. E imprescindível, pois somente a valorização de tudo o que foi vivido e das pessoas que estiveram presentes neste caminho, o tornaram mais prazeroso, permitindo vislumbrar quão grande foi a jornada para chegar até aqui.

Agradeço primeiramente a Deus, força maior que move o mundo e que me manteve perseverante, sobrepujando dificuldades, medos e incertezas do caminho.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para me proporcionar o que fosse necessário para que eu me tornasse um cidadão do qual pudessem se orgulhar, esforçando-se para que eu tivesse as melhores oportunidades de crescimento, ensinando-me a discernir o certo do errado, guiando meus passos e preparando-me para vida! Amo muito vocês.

À minha família, que mesmo distante geograficamente, sempre esteve presente, me motivando e apoiando minhas decisões!

À Camaquã, minha cidade natal, onde aprendi com a simplicidade de seu povo, que o caráter de um homem se mede pelo bem que ele faz à humanidade e não por suas posses.

Aos meus professores das três escolas públicas de Camaquã as quais tenho orgulho de ter estudado: Escola Estadual Doutor Carvalho Bastos, Escola Municipal de Ensino Fundamental Chequer Buchaim e Colégio Sete de Setembro, que me ensinaram que para alcançar um objetivo não basta saber o que os outros sabem, é necessário ir além, buscar mais, sonhar mais alto e esforçar-se mesmo nos momentos onde desistir parece a melhor escolha!

À Cidade do Rio Grande, que me acolheu de braços abertos, me trouxe grandes oportunidades e inestimáveis amigos.

À FURG, Universidade que tanto amo e me orgulho, por todo seu investimento em minha formação.

À Escola de Enfermagem da FURG e a todos os seus professores e funcionários, que me ofertaram ensino de qualidade, grandes oportunidades e permitiram meu desenvolvimento crítico, moral e ético, para que eu exerça a enfermagem com dedicação e consciência, mantendo elevados os ideais de minha profissão e preservando sua honra, prestígio e tradições.

Ao Hospital Universitário Drº Miguel Riet Corrêa Júnior e a todos os profissionais que nele atuam, pois nesta instituição de saúde tive a oportunidade de conhecer o melhor e o pior do ser humano; suas maiores fragilidades e sua imensa força; onde vi diariamente renascer a

esperança dos que sonham com a cura e os medos dos que sabem que a tão sonhada cura não mais virá. Onde vi nascer e morrer; onde enxuguei lágrimas de alegria e lágrimas de tristeza; e onde aprendi que somos, acima de tudo, seres frágeis, e que por isso precisamos fazer o melhor pelos que confiam suas vidas em nossas mãos, antes que nosso corpo também sucumba.

À Santa Casa do Rio Grande, primeira instituição de saúde onde atuei, onde deixei de ser graduado em enfermagem e me tornei enfermeiro, onde aprendi a trabalhar em equipe, a lidar com as frustrações e tristezas do início da vida profissional, e me orgulhar diariamente de minha profissão.

Aos excelentes enfermeiros que conheci ao longo destes anos e que sempre me inspiraram, nos quais busco espelhar minha conduta em prol da dignidade humana e do desenvolvimento do cuidado humanizado, priorizando demandas assistências apresentadas pelos que confiam suas vidas em nossas mãos, em detrimento de pautas egoístas e particulares.

À minha orientadora e amiga Prof^a Dr^a Eliana Cardia de Pinho pelos ensinamentos, confiança, paciência e competente orientação. Minha eterna gratidão, admiração e respeito. Que esta amizade e parceria nunca se percam.

À Prof^a Dr^a Nalú Kerber, que me acompanhou desde meus primeiros passos nas Maternidades e Centros Obstétricos, ensinando-me que a humanização é edificada por meio de gestos simples de amor e respeito ao ser humano.

Aos amigos da Superintendência e da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Dr^o Miguel Riet Corrêa Júnior, em especial à Prof^a Dr^a Helena Vaghetti, às Enfermeiras Marcia Duarte e Carmen Rivoire e as secretárias Ester Bondan e Juliana Vieira, pelo incentivo e por acreditarem nas minhas potencialidades.

Aos colegas de mestrado, em especial às enfermeiras Deise Lima, Letícia Marques, Carla Godinho e Nara Silveira, pela amizade e parceria.

À Enfermeira Luiza Rocha, pela amizade, apoio, colaboração e pelas longas discussões sobre a humanização do parto.

Ao Enfermeiro Diogo Tavares, por todo o companheirismo, amizade, auxílio e incentivo durante a elaboração desta dissertação. Por me motivar e acreditar no meu potencial, mesmo nos dias mais cinzas.

Aos membros da Banca examinadora, pela disponibilidade e por partilharem comigo seus conhecimentos, contribuindo para o aprimoramento deste estudo e de minha trajetória.

E por fim, a todos os meus amigos e amores, que sempre me motivaram e apoiaram para que eu pudesse alcançar meus objetivos, entendendo minhas ausências, acalentando nos dias de insegurança e vibrando junto a cada conquista! Muito Obrigado! Amo vocês!

*“As pessoas esquecerão o que você disse,
esquecerão o que você fez, mas nunca se
esquecerão de como você as fez sentir.”*

Maya Angelou

RESUMO

BIONDI, Heitor Silva. **INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**. 2016. 105 páginas. Dissertação – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande, RS.

Este estudo, de abordagem qualitativa descritiva, objetivou conhecer as inter-relações existentes entre a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades. Participaram deste estudo 14 enfermeiros atuantes nas Maternidades e Centros Obstétricos de dois hospitais situados no extremo sul do país, sendo um deles universitário e outro filantrópico. Foram selecionados os enfermeiros que atuavam exclusivamente nas referidas unidades e excluídos os que não atuavam unicamente nestes ambientes, ou que estavam afastados no período da coleta de dados, por motivos de férias e licenças diversas. A coleta de dados, realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016, efetuou-se por meio de entrevista semiestruturada, analisadas pelo método de Análise de Conteúdo. Para a exploração do material utilizou-se o referencial de Laurell e Noriega sobre cargas de trabalho e o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Os aspectos éticos descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos foram respeitados, tendo o estudo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande e da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, sob os respectivos números de protocolo 46/2015 e 029/2015. Os resultados deste processo foram apresentados em dois artigos: “A implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e suas inter-relações com as cargas de trabalho: a visão de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades”; e “Cargas de trabalho psíquicas no processo de trabalho de enfermeiros atuantes em Maternidades e Centros Obstétricos”. No primeiro verificou-se que a implementação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento relaciona-se com a atenuação e potencialização das cargas de trabalho de materialidade interna e externa, no que tange o processo de trabalho dos enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidade. No segundo artigo identificou-se que as cargas de trabalho psíquicas presentes no processo de trabalho de enfermeiros atuantes em Centros Obstétricos e Maternidade estão diretamente relacionadas a aspectos que compõem o processo de trabalho, como conciliar as atribuições administrativas e assistenciais, a multiplicidade de ações, a falta de autonomia, entre outros. No que tange a manutenção de práticas (des)humanizadas, as Cargas de trabalho psíquicas estão relacionadas a execução de práticas inadequadas, prejudiciais ou ineficazes durante a assistência ao nascimento, a adoção, pelos trabalhadores, de posturas desrespeitosas e verticalizadas, o cerceamento da autonomia e direitos da mulher como medida protetiva ou como prática impositiva. Concluiu-se que a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento inter-relaciona-se com a atenuação e potencialização das cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros. As cargas de trabalho psíquicas emergem dos elementos que compõem o processo de trabalho, da visualização da manutenção de práticas desumanizadas, bem como dos desafios da perpetuação das práticas humanizadas.

Descritores: Carga de Trabalho; Humanização do Parto; Enfermagem.

ABSTRACT

BIONDI, Heitor Silva. **INTER-RELATIONSHIP BETWEEN THE WORK LOADS OF GIFTS IN THE PROCESS OF NURSES OF WORK AND EFFECTIVE OF NATIONAL HUMANIZATION PROGRAM ON PRENATAL AND BIRTH.** 2016. 105 pages. Thesis - School of Nursing. Program Graduate Nursing. Universidade Federal do Rio Grande/RS (Federal University of Rio Grande) – FURG. Rio Grande, RS.

This study, descriptive qualitative approach, aimed to identify the interrelationships between the realization of the National Humanization Program in Pre-Natal and Birth and workloads present in the work process of nurses Obstetric and Maternity Centres. The study included 14 nurses working in Maternity and Obstetric centers of two hospitals located in the extreme south of the country, including one university and philanthropic. nurses were selected who worked exclusively in these units and excluding not only worked in these environments, or who were away during the period of data collection, due to holidays and various licenses. Data collection, conducted from October 2015 to January 2016, was executed by means of semi-structured interviews and analyzed by content analysis method. For exploration of the material used the reference by Laurell and Noriega on workloads and the National Humanization Program in Pre-Natal and Birth. The ethical aspects described in the National Council Resolution 466/12 of Health for research involving human beings were respected, and the study assent of the Research Ethics Committee at the Health Area the Federal University of Rio Grande and the Association Charity Santa Casa do Rio Grande, under the respective protocol numbers 46/2015 and 029/2015. The results from the process were presented in two papers: "The implementation of the Program for Humanization of Prenatal and Birth and their interrelations with workloads: the view Obstetric Centers and Maternity nurses"; and "psychic workloads in the work process of nurses working in Maternity and Obstetric Centers". At first it appeared that the implementation of the National Humanization Program in Pre-Natal and Birth relates to mitigation and enhancement of internal and external materiality workloads, regarding the work process of Obstetric Centers for nurses and maternity. In the second article we identified that the psychic workloads present in the work process of nurses working in obstetric centers and maternity are directly related to aspects that make up the work process, how to reconcile the administrative and assistance tasks, the multiplicity of actions, lack of autonomy, among others. With respect to maintenance practices (un) humanized psychic CT are related to execution of inappropriate practices, harmful or ineffective when assisting the birth, adoption by workers of disrespectful and upright postures, the restriction of autonomy and direct of women as protective measure or as imposing practice. It was concluded that the realization of the National Humanization Program in Pre-Natal and Birth inter-relates to mitigation and enhancement of workloads present in the nursing work process. Psychic workloads emerge from the elements that make up the work process, display maintenance dehumanizing practices, as well as the challenges of perpetuation of humanized practices.

Descriptors: Workload; Humanizing Delivery; Nursing.

RESUMEN

BIONDI, Heitor Silva. **INTER-RELACIÓN ENTRE LA OBRA CARGAS DE REGALOS EN EL PROCESO DE ENFERMERAS DE TRABAJO Y EFICAZ NACIONAL DE HUMANIZACIÓN PROGRAMA SOBRE EMBARAZO Y PARTO.** 2016. 105 páginas. Tesis - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Rio Grande, Brasil.

Este estudio, enfoque cualitativo descriptivo, tuvo como objetivo identificar las interrelaciones entre la realización del Programa Nacional de Humanización en el Pre-Natal y Nacimiento y cargas de trabajo presente en el proceso de trabajo de los Centros de enfermeras obstétricas y de maternidad. En el estudio participaron 14 enfermeras que trabajan en los centros de maternidad y de obstetricia de los dos hospitales ubicados en el extremo sur del país, incluyendo una universidad y filantrópica. Se seleccionaron las enfermeras que trabajó exclusivamente en estas unidades y excluyendo no sólo trabajó en estos ambientes, o que estaban lejos durante el período de recolección de datos, debido a los días y varias licencias. La recolección de datos, llevado a cabo a partir de octubre 2015 a enero 2016, fue ejecutado por medio de entrevistas semiestructuradas y analizados por el método de análisis de contenido. Para la exploración del material utilizado la referencia de Laurell y Noriega en las cargas de trabajo y el Programa Nacional de Humanización en el Pre-Natal y Nacimiento. Se respetan los aspectos éticos descritos en la Resolución del Consejo Nacional de Salud 466/12 para la investigación en seres humanos, y el estudio previo acuerdo del Comité de Ética de Investigación en el Área de la Salud de la Universidad Federal de Rio Grande y la Asociación caridad de la Santa Casa do Rio Grande, bajo los respectivos números de protocolo 46/2015 y 029/2015. Los resultados del proceso se presentaron en dos artículos: "La implementación del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento y sus interrelaciones con las cargas de trabajo: la vista Centros obstétricas y enfermeras de maternidad"; y "cargas de trabajo psíquicos en el proceso de trabajo de las enfermeras que trabajan en Centros de maternidad y obstétricas". Al principio parecía que la implementación del Programa Nacional de Humanización en el Pre-Natal y Nacimiento se refiere a la mitigación y la mejora de las cargas de trabajo de importancia relativa internos y externos, en relación con el proceso de trabajo de los Centros para las enfermeras y obstétricas maternidad. En el segundo artículo se identificó que las cargas de trabajo psíquicos presentan en el proceso de trabajo de las enfermeras que trabajan en los centros de obstetricia y maternidad están directamente relacionados con los aspectos que conforman el proceso de trabajo, la forma de conciliar las tareas administrativas y de asistencia, la multiplicidad de acciones, falta de autonomía, entre otros. Con respecto a las prácticas de mantenimiento (no)humanizados, las cargas de trabajo psíquicos están relacionados con la ejecución de prácticas inadecuadas, perjudiciales o ineficaces cuando se asiste al nacimiento, adopción por parte de los trabajadores de posturas irrespetuosas y verticales, la restricción de la autonomía y mujeres directos como medida de protección o en la práctica como imponente. Se concluyó que la realización del Programa Nacional de Humanización en el Pre-Natal y Nacimiento inter-relaciona con la mitigación y la mejora de las cargas de trabajo presentes en el proceso de trabajo de enfermería. cargas de trabajo psíquicos surgen de los elementos que componen el proceso de trabajo, muestran prácticas deshumanizadoras de mantenimiento, así como los retos de la perpetuación de las prácticas humanizadas.

Descriptor: Carga de Trabajo; Parto Humanizado; Enfermería.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 3.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM | 21 |
| 3.2 AS CARGAS DE TRABALHO E SUA INTERFACE COM A ENFERMAGEM..... | 26 |
| 3.3 DA ASSISTÊNCIA AO PARTO À HUMANIZAÇÃO DO PARTO: Fatos, marcos e Políticas Públicas voltadas à mulher e ao ciclo gravídico-puerperal..... | 32 |
| 3.4 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO | 40 |
| 4 METODOLOGIA | 50 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 50 |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO..... | 50 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 52 |
| 4.4 COLETA DE DADOS | 52 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 53 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 54 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 56 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 56 |
| 5.2 ARTIGO 1 - CARGAS DE TRABALHO E AS INTER-RELAÇÕES COM O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO..... | 57 |
| 5.3 ARTIGO 2 - CARGAS DE TRABALHO PSÍQUICAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DE MATERNIDADES E CENTROS OBSTÉTRICOS | 72 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| REFERÊNCIAS | 89 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 101 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 103 |
| ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE | 104 |
| ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE..... | 105 |

1 INTRODUÇÃO

A efetivação da assistência humanizada ao parto é um tema de crescente interesse, em virtude das inúmeras implicações que este momento pode trazer aos envolvidos. Os sentidos, os conteúdos e as finalidades dessa forma de cuidado consistem em um grande desafio, pois implicam em que os trabalhadores¹ da saúde estejam preparados para atender à gestante e seus acompanhantes, respeitando os verdadeiros significados desse momento (SILVA et al, 2013).

A gestação e o parto são vivenciados como momentos únicos e especiais na vida das mulheres e demais envolvidos, cada um com suas particularidades. O parto acarreta profundas e significativas mudanças fisiológicas e psicológicas na parturiente, no recém-nascido e na família, sendo que o mesmo pode deixar saldos positivos e/ou negativos irreversíveis a todos os sujeitos envolvidos neste processo, uma vez que a sensação de tornar-se mãe confunde-se, muitas vezes, com medos, incertezas e inseguranças. (FRIGO et al, 2013).

Embora a fisiologia do parto seja a mesma universalmente, a parturição é realizada de modos extremamente distintos por diferentes grupos de pessoas. Mesmo para as diferentes culturas, o parto representa mais do que simples evento biológico, já que é o momento determinante da transição do status de “mulher” para o de “mãe” (BRASIL, 2008). O parto é um processo cultural, pois reflete os valores históricos e sociais prevalentes em cada sociedade (FRIGO et al, 2013).

No âmbito da assistência ao parto, muitas mudanças aconteceram ao longo da história, principalmente no que diz respeito à conduta dos profissionais que realizam a assistência à parturição, à concepção da população em torno desse fenômeno, suas formas de resolução e a inclusão de intervenções muitas vezes desnecessárias. O parto deixou de ser considerado como um processo fisiológico e a mulher perdeu o papel de protagonista da assistência, passando a ser objeto dela (BESSA; MAMEDE, 2010).

Não se pode negar que os avanços técnico-científicos que influenciaram os diferentes modos de prestar assistência ao parto contribuíram na redução dos riscos maternos e fetais, tornando o parto mais seguro. Entretanto, este modelo de assistência, que compreende o parto como uma patologia e estabelece práticas de antecipação e prevenção do risco obstétrico, resultou na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos neste momento (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A literatura científica sinaliza diferentes infrações à fisiologia cometidas durante a

¹ Este estudo utilizará a nomenclatura “trabalhador” para referir-se ao agente promotor da ação do cuidado, em consonância com o referencial adotado. Todavia, serão mantidos os termos usados pelos demais autores citados, de modo a não interferir nos significados atribuídos por estes aos agentes do cuidado.

assistência ao parto. O estudo de Bouso et al (2011) revela que a assistência ao parto é fortemente orientada pela rotinização de determinados procedimentos, e que estes são realizados sem a informação e o consentimento prévio das mulheres. Outro estudo que buscou analisar a percepção das puérperas quanto à atenção recebida durante o processo parturitivo em uma maternidade pública, revelou que estas permaneceram sozinhas na sala de parto, sendo submetidas à utilização de condutas comprovadamente maléficas para a evolução do trabalho de parto e do parto, tais como a utilização indiscriminada da ocitocina intravenosa e a restrição ao leito obstétrico (SANTOS et al, 2012). Neste mesmo sentido o estudo de Silva et al (2013) demonstra ainda a utilização de outras práticas inadequadas, claramente prejudiciais ou ineficazes, como o uso rotineiro da posição de litotomia para o parto, o uso da episiotomia de rotina, a restrição alimentar e o uso rotineiro da amniotomia.

A literatura também revela que frequentemente os trabalhadores assumem uma postura autoritária e que, geralmente, se apresentam como donos da verdade e do saber, criando inúmeras barreiras que dificultam uma relação de confiança, credibilidade e respeito aos direitos da mulher como cliente e cidadã (BESSA; MAMEDE, 2010). Somado a este contexto, há uma resignação oriunda do desconhecimento sobre o processo fisiológico do parto por parte das mulheres. Esta postura dá sustentação aos mecanismos de subordinação e opressão assumidos durante a assistência ao parto e, conseqüentemente, as leva a uma situação de vulnerabilidade feminina, refletida na ausência de seus direitos no processo parturitivo (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Cabe destacar que a assistência prestada pelos profissionais de saúde pode modificar ou amenizar as atitudes negativas manifestadas pela mulher, bem como aumentar a satisfação da mesma nesse percurso, facilitando o transcorrer fisiológico do processo. Para isto, a singularidade de cada mulher deve ser observada, exigindo um acompanhamento diferenciado a cada uma delas, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado é única. Desta forma, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando atender as diferentes necessidades de cada parturiente (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Este paradigma perpetua-se mesmo diante de ter sido lançado pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa tem como objetivo principal a reorganização da assistência, vinculando, formalmente, o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporadas como diretrizes institucionais (BRASIL, 2001).

Para Dias e Domingues (2005), a humanização da assistência ao parto baseia-se, também,

em uma atuação profissional que respeite os aspectos fisiológicos, sem a execução de intervenções desnecessárias, dando o devido reconhecimento aos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e oferecendo o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Desta forma, são associados, a uma abordagem humanística, o cuidado sensível, centrado na pessoa e nas relações interpessoais (SILVA; SIQUEIRA, 2007). Estes aspectos também são destacados pelo estudo de Gama et al (2009), no qual parturientes atendidas em maternidades públicas e privadas consideraram que as questões clínicas e a utilização de tecnologias no trabalho de parto e parto são menos importantes do que a forma como são tratadas e o processo do parto é conduzido.

Entretanto, o reconhecimento do modelo ideal de assistência orientado pelo PHPN não necessariamente promove mudanças; é preciso que toda a sociedade bem como todas as categorias profissionais responsáveis pelo cuidado estejam sensibilizadas e dispostas a participar da construção desse novo paradigma de assistência, para que, de forma harmônica e dialética, a humanização do parto torne-se realidade (BESSA; MAMEDE, 2010). Cabe destacar que o desenvolvimento de um novo modelo de assistência por meio da implantação de um Programa ou Política Pública pode tornar-se improdutivo, quando este possuir apenas caráter de burocracia a ser institucionalizada, e não resultar e/ou não preceder de uma alteração nas práticas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e das condições de trabalho dos profissionais (FONTANA, 2010).

Historicamente, no campo de atuação da saúde da mulher, o trabalho desenvolvido pela enfermagem, assim como das demais profissões da saúde, fez-se voltado ao modelo biologicista, que fragmenta o corpo e as necessidades da mulher (CASSIANO et al, 2015). Esta compreensão vai de encontro aos ideais de assistência propostos pelo PHPN, pois este programa perpassa a construção de um novo processo de trabalho. Segundo Brasil (2001), este processo de trabalho deve ser construído de modo a valorizar e dar autonomia à mulher e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos.

O processo de trabalho pode ser compreendido como uma ação, dependente de diferentes elementos, com a qual o homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho, e essa transformação está subordinada a um determinado fim (MARX, 2011). Transpondo este conceito apresentado por Marx (2011) para a compreensão do processo de trabalho voltado à parturiente, e ancorando-se no conhecimento exposto por Pires (2008) e Felli e Peduzzi (2012) acerca do processo de trabalho em saúde, pode-se dizer que o mesmo tem como finalidade a ação terapêutica, com ações no campo da cura, da organização do

trabalho, da educação permanente, e do cuidado à mulher, ao recém-nascido e seus acompanhantes, que consistem em seus objetos de trabalho. Um dos instrumentos de trabalho destes trabalhadores é o conhecimento, que lhe permitirá intervir, utilizando ou não outros instrumentos, nos aspectos que permeiam a saúde dos envolvidos. O produto final deste processo de trabalho é a própria assistência que, enquanto se faz, é consumida, gerando novas possibilidades na díade saúde/doença e no desenvolvimento de ações humanizadoras do parto.

Entendendo o PHPN como orientador do processo de trabalho na assistência ao parto, tem-se a criação de inúmeras possibilidades para sua efetivação, por meio da adoção de novas formas de trabalho e do abandono de ações e condutas comprovadamente inadequadas, efetivando um processo que compreende o objeto do seu trabalho: a mulher, não mais como um ser passivo, mas como ator principal desta ação.

Nesta nova conjuntura, os trabalhadores mudam de posição, deixando de ser atores principais, transformando suas necessidades e atuações. Para Azambuja et al (2010) compreender tais necessidades do trabalhador é de fundamental importância, visto ser ele a força desencadeante do processo de trabalho que proverá a assistência. Ele possui necessidades que ultrapassam sua subsistência, e perpassam outros elementos indispensáveis à manutenção de sua saúde e qualidade de vida no trabalho, como condições adequadas de trabalho, estabelecimento de relações saudáveis, satisfação e participação efetiva no processo de trabalho (AZAMBUJA et al, 2010).

Estar satisfeito no trabalho é um aspecto de grande relevância, sendo este um elemento influenciador no cuidado, na harmonia e nas relações interpessoais, e refletem na qualidade da assistência de enfermagem (VAN BOGAERT et al, 2013; THOFEHN et al, 2015). Entretanto, o processo de trabalhado pode não trazer satisfação aos trabalhadores, uma vez que este é permeado por diferentes elementos que interagem constante e dinamicamente entre si e o trabalhador, gerando desgaste nestes. Estes elementos consistem nas Cargas de Trabalho, compreendidas, neste estudo, com base no referencial de Laurell e Noriega (1989).

As cargas podem ser divididas em diferentes tipos: as cargas de materialidade externa ao corpo, como as físicas, químicas, biológicas e mecânicas, que, ao interagirem com o corpo produzem desgaste; e as cargas de materialidade interna, que somente assumem materialidade no corpo ao exprimirem alterações em seus processos internos; são as cargas fisiológicas e psíquicas (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O trabalho da enfermagem possui peculiaridades próprias, expondo os trabalhadores ao desgaste físico e psíquico de modo particular (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011). Estes diferentes tipos de cargas que estão presentes no trabalho da enfermagem podem emergir de

distintos contextos, como o contato constante com a dor e o sofrimento vivenciados pelos sujeitos atendidos, dos imprevistos da prática assistencial, da constante adaptação a novas tecnologias (SECCO et al, 2011) e da organização do trabalho.

As características da organização do trabalho da enfermagem também contribuem para a acentuação das cargas, tendo destaque a divisão parcelar do trabalho, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas sob o controle gerencial do profissional de nível superior (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015). Ribeiro e Shimizo (2007) alertam ainda sobre a necessidade de atentar-se aos meios e aos instrumentos envolvidos no processo de trabalho, uma vez que estes podem ser responsáveis por originar variados tipos de cargas.

Tal contexto acaba refletindo-se diretamente sobre a assistência, pois, para Corbellini et al (2011), a carga de trabalho excessiva é causa importante para a ocorrência de eventos adversos e erros humanos ocasionados pela pressa, o que, para Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013) acabam trazendo impacto negativo na segurança do paciente.

Na especificidade do processo de trabalho do enfermeiro, encontram-se cargas oriundas da dimensão assistencial e gerencial, tendo como núcleo deste processo o cuidado. Todavia, vislumbra-se frequente a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial, o que compromete a qualidade da assistência e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde (HAUSMANN; PEDUZZI 2009).

Em muitas situações os trabalhadores da enfermagem desenvolvem o trabalho de modo rotineiro, mecânico e repetitivo, o que pode comprometer a assistência, bem como a sua saúde, gerando processos de desgaste físicos e psíquicos os quais podem acarretar a perda ou a redução da capacidade de produzir (SANTANA et al, 2013). Somam-se a estas a necessidade constante da aquisição de novos saberes e competências e da inclusão de novas práticas em seu processo de trabalho, sejam estas oriundas dos avanços científicos e tecnológicos ou na implementação de novos programas e políticas públicas.

Com base no exposto, percebe-se que o PHPN, enquanto programa orientador das práticas assistenciais humanizadas ao parto acaba por interferir sobre o processo de trabalho já existente, uma vez que busca o abandono do modo tradicional de assistência, no qual estão presentes práticas inadequadas, claramente prejudiciais ou ineficazes e o estabelecimento de novas práticas humanizadas, que incluem adoção de novas condutas, posturas e formas de trabalho, ou seja, uma reorganização do trabalho. A organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve o conjunto de atividades desenvolvidas pelo trabalhador, incluindo as relações de trabalho e as relações hierárquicas e isso implica em considerar que cada

equipe de enfermagem, no seu espaço, têm uma organização própria (ORO; MATOS, 2011).

Neste contexto questiona-se: Quais as inter-relações existentes entre a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros?

Considera-se que o estudo das inter-relações existentes entre as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros e a efetivação do programa nacional de humanização do pré-natal e nascimento, tendo como enfoque os aspectos relacionados ao nascimento, pode servir de reflexão aos próprios enfermeiros sobre sua prática e, também, como subsídio para a elaboração e implementação de estratégias e medidas que possam auxiliar, de forma eficaz, na redução das influências negativas trazidas ao processo de trabalho pelas cargas de trabalho de forma a viabilizar a humanização da assistência ao parto.

Com base nas exposições até aqui estabelecidas, este estudo tem como objetivo geral: **Conhecer as inter-relações existentes entre a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades.**

Com vistas a manter uma sequência lógica na apresentação deste estudo, será exposto, a seguir, o referencial teórico sobre cargas de trabalho. Prossegue os capítulos da revisão da literatura sobre o processo de trabalho em enfermagem, sobre as cargas de trabalho e sua interface com a enfermagem, da assistência ao parto à humanização do parto ao longo do tempo, e sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, seguido do caminho metodológico que será percorrido para a realização do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo possui como referencial teórico o conhecimento apresentado por Laurell e Noriega na obra intitulada “Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário” (1989), elaborada por meio da análise das inter-relações entre o contexto dos processos de produção e sua interface com a saúde dos trabalhadores. Na obra, os autores exploram as articulações existentes entre as cargas de trabalho, a organização do trabalho e o processo de trabalho, como aspectos determinados pelo processo de produção capitalista, considerando-os na relação com o corpo do trabalhador e com o contexto de trabalho do mesmo.

De maneira conceitual, os autores diferenciam os termos risco e carga de trabalho, compreendendo que o último faz referência às condições ambientais em relação ao processo de trabalho em toda sua dinamicidade, enquanto o primeiro limita-se a compreensão dos elementos nocivos isolados e os danos causados por estes ao corpo do trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Nesta perspectiva, compreende-se como cargas de trabalho:

elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica (LAURELL; NORIEGA, 1989, p 110).

Da relação existente entre o processo de trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as cargas de trabalho, em um movimento dinâmico, emerge o desgaste, oriundo das transformações negativas desta interação. Todavia, este desgaste não pode ser compreendido como emergente de processos isolados, mas originário de um conjunto dos processos biopsíquicos que se desenvolvem no ambiente produtivo (LAURELL; NORIEGA, 1989).

De forma didática, os autores compreendem que as cargas de trabalho podem ser divididas em diferentes grupos, como anteriormente sinalizado. O primeiro grupo refere-se às cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, que são perceptíveis no ambiente de trabalho, denominadas pelos autores como cargas de materialidade externa ao corpo e que, em seu processo de interação com este, podem converter-se em materialidade interna. Já o segundo grupo é composto pelas cargas fisiológicas e psíquicas, denominadas cargas de materialidade interna, uma vez que somente assumem materialidade externa ao exprimirem alterações nos processos internos do corpo, manifestadas através de um distúrbio ou doença (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As cargas físicas compreendem a exposição à agentes físicos que interagem com o corpo, tendo sua materialidade externa a ele, tais como ruído, calor, iluminação inadequada, dentre

outros, que possuem o potencial de causarem alterações nos mecanismos fisiológicos humanos, de maneira reversível ou irreversível. Possuem este mesmo potencial danoso as cargas químicas, tais como os pós, a fumaça, as fibras, os vapores, entre outros (LAUREL; NORIEGA, 1989).

As cargas biológicas dizem respeito à possibilidade de exposição e interação do trabalhador à inúmeros microrganismos e vetores que possuem o potencial de alterarem ou interferirem negativamente nos processos corporais. Já as cargas mecânicas são as que possuem potencial de causarem lesões no corpo do trabalhador, tais como contusões e fraturas. Pode-se compreender que estas estão intimamente ligadas com as tecnologias utilizadas no trabalho, com as condições materiais, ambientais e de equipamentos (LAUREL; NORIEGA, 1989).

O conjunto das cargas descritas acima configuram as cargas que possuem materialidade própria, que se manifestam de forma objetiva, independente do corpo do trabalhador e, ao interagir com ele, podem acarretar danos à saúde. Já as cargas fisiológicas e psíquicas, descritas a seguir, possuem características diferenciadas (LAUREL; NORIEGA, 1989).

As cargas fisiológicas são emanadas do esforço físico, tais como o posicionamento inadequado, as alternâncias de turnos e até mesmo a sobrecarga de trabalho, situações estas que manifestam seu potencial negativo através do corpo do próprio trabalhador. Partindo desta compreensão os autores afirmam que estas cargas possuem materialidade interna, pois só tornam-se visíveis em função das transformações que causam nos processos fisiológicos do organismo do trabalhador (LAUREL; NORIEGA, 1989).

De caráter muito semelhante às cargas fisiológicas, as cargas psíquicas adquirem materialidade somente através dos processos psíquicos e corporais humanos, ou seja, não possuem existência senão por meio da relação existente entre os trabalhadores e os elementos constitutivos do seu processo de trabalho, perpassando desde aspectos de ambiência, chegando até as interações entre os sujeitos. Estas cargas podem ser classificadas de acordo com o que provoca a sobrecarga psíquica ou a subcarga psíquica (LAUREL; NORIEGA, 1989).

A sobrecarga psíquica é causada por situações de tensão prolongada, como uma carga que se caracteriza por ultrapassar as condições para a manutenção do equilíbrio psíquico. Já a subcarga psíquica é causada pelo uso limitado do conhecimento e habilidades do trabalhador, que o impede de desenvolver seu trabalho em toda sua potencialidade e se manifesta através da perda de controle sobre o mesmo. Esta pode ser causada pela rotina, repetitividade, monotonia, rigidez no ritmo de trabalho, atenção constante, dentre outros (LAUREL; NORIEGA, 1989).

Cabe salientar que diferentes cargas podem atuar conjuntamente sobre o trabalhador, não apenas somando seu potencial danoso, mas potencializando os efeitos negativos umas das outras, causando maior interferência nos processos biopsíquicos do ser humano. Não obstante, é na

interação entre as cargas dos diferentes grupos que se torna possível visualizá-las plenamente. Deste modo, surge a necessidade de considerar a sua totalidade na visão geral do processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A maneira como a combinação das cargas atuará sobre o corpo do trabalhador, e quais os efeitos que causará são aspectos particulares e singulares de cada organismo, não podendo haver generalizações aos diferentes sujeitos, mesmo que estes sejam expostos ao mesmo ambiente e às mesmas cargas. Entretanto, compreender como se dá a organização e a divisão do trabalho no processo de trabalho é de suma importância, uma vez que estes elementos são essenciais na compreensão e na análise das cargas de trabalho e das suas interferências sobre os trabalhadores, mesmo considerando-os como seres singulares e diferenciados entre si (LAURELL; NORIEGA, 1989).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

A organização dos seres humanos na sociedade é determinada pelas relações que estabelecem para a produção de bens, sendo estes o constructo de seu trabalho. Na abordagem Marxista, o trabalho é compreendido como um processo em que os seres humanos utilizam todo o seu corpo, incluindo mente e sentimentos, para apropriar-se dos recursos da natureza e modificá-los para atender necessidades (MARX, 2011).

Trabalhar abarca gestos, o saber fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar. O trabalho ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho; ele mobiliza a personalidade por completo (DEJOURS, 2004). Não obstante, esta ação sofre influências diretas das organizações sociais e momentos históricos em que acontece (FARIA et al, 2009).

O trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente. Ao realizar esta atividade, os seres humanos, ao mesmo tempo em que modificam objetos de trabalho, modificam a sua própria natureza. Evidencia-se na relação de dupla transformação entre o homem e a natureza, a compreensão de que o ser humano, ao relacionar-se socialmente pelo trabalho, é modificado pelas relações sociais e múltiplas determinações que se constituem ao longo desta ação. O trabalho humano difere do realizado por animais porque os seres humanos projetam em sua mente o que irão construir antes da ação que viabilizará a transformação do objeto e, ao final do trabalho, obtêm-se o resultado já previamente planejado (MARX, 2011).

Marx (2011) considera que o trabalho pode ser compreendido de duas formas: trabalho produtivo e trabalho improdutivo. O trabalho produtivo é o trabalho assalariado. Neste, o trabalhador troca sua mão de obra por uma parte variável do capital, o salário, e emprega sobre o objeto de trabalho ação equivalente a essa porção do capital que recebe, produzindo também um valor excedente, a mais-valia. Esta consiste no valor agregado ao produto pela ação do trabalhador que ultrapassa o salário do trabalhador, que é apropriado pelo capitalista, tornando-se lucro para este. Já o trabalho improdutivo é todo aquele cuja venda da força de trabalho não é executada para o capital; desta forma não reproduz o capital variável, e, conseqüentemente, não produz valor excedente. É importante observar que os trabalhadores improdutivos também

recebem salário, mas nesse caso o salário é o resultado de outras formas de redistribuição do capital. Os exemplos clássicos para Marx são os trabalhadores domésticos e os trabalhadores do Estado (MARX, 2011).

A ação de trabalhar compõe-se por diferentes aspectos e se dá por meio de um método, dando origem ao processo de trabalho. Este último engloba um conjunto de procedimentos onde, por intermédio de meios de trabalho, o ser humano consegue a almejada transformação de objetos (situações iniciais) em produtos com alguma utilidade (FARIA et al, 2009; MARX, 2011).

Para Marx (2011, p 212), o processo de trabalho possui três elementos constitutivos: “*a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria que se aplica ao trabalho, o objeto de trabalho; e o instrumental de trabalho*”. O objeto é proveniente de duas formas diferentes, ou da natureza (forma natural) ou da matéria prima (produto de um trabalho anterior) e é compreendido como o elemento que o indivíduo tem para desenvolver uma tarefa em prol de um resultado. O instrumental, também compreendido como meio de trabalho, passa a configurar um complexo de coisas que o trabalhador necessita (propriedades físicas, químicas e mecânicas) e que insere entre si e o objeto de trabalho, com a finalidade de atuar sobre ele. Este abarca, ainda, os diferentes desenvolvimentos da força de trabalho humano e as condições sociais em que é realizado. Por fim, com a conclusão do processo se obtém um produto material transformado e adaptado às necessidades humanas (MARX, 2011).

Para que o processo de trabalho ocorra faz-se necessário um sujeito ou um conjunto de sujeitos que executem ações, estabeleçam objetivos e relações para transformação de objetos. Quando o trabalho é realizado por um único sujeito denomina-se de trabalho individual, mas quando realizado por mais pessoas o trabalho é realizado por grupo ou equipe (FARIA et al, 2009).

Transpondo tais conceitos acerca do trabalho e do processo de trabalho à realidade dos trabalhadores da saúde, pode-se perceber certas particularidades na atuação destes. Os profissionais de saúde não produzem, por meio de seu trabalho, um bem ou produto material que será posteriormente consumido, pois, para Pires (2008) é um trabalho de propriedade imaterial, que se completa e se consome à medida que é realizado.

O trabalho dos trabalhadores da saúde é orientado para o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo e do coletivo, com a intenção maior de promover e/ou recuperar sua saúde. Para chegar a tal finalidade, estes trabalhadores desenvolvem ações em quatro campos

distintos que são interdependentes e complementares, como já elucidado: ações no campo de cura; ações no campo do cuidar; ações no campo do educar/orientar; e ações no campo do organizar. Esta atuação busca a transformação direta da realidade existente, ou a transformação indireta, através do fornecimento de bases para que os indivíduos e grupos possam transformá-la (PIRES, 2008).

Para Thofehrn e Leopardi (2006), o cuidado é o pilar que sustenta a atividade profissional e fundamenta o processo de trabalho dos enfermeiros, revelando a essência da profissão, na medida em que cuidar configura-se em uma ação com fins terapêuticos. As ações de organização do trabalho e educação em e para a saúde, estão compreendidas, também, na multiplicidade de atividades que envolvem o cuidar (THOFEHRN et al, 2015).

Neste sentido, o objeto do processo de trabalho da enfermagem é o próprio indivíduo e a sociedade, incluindo todos os que necessitam de medidas de promoção e preservação da saúde, prevenção de doenças ou cura de enfermidades, bem como aqueles que estão expostos a riscos, estando ou não doentes (PIRES, 2008; FELLI; PEDUZZI, 2012). Esse indivíduo une as condições de consumidor, objeto e produto, diferenciando-se dos objetos no sistema de produção material, pois ele não se modifica em outro produto, com uma nova existência ao final do processo de trabalho, mas sofre a ação do cuidado terapêutico, dela resultando numa condição ou estado diferente de antes, conforme as suas possibilidades multidimensionais (LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001).

O conhecimento é entendido como um dos instrumentos do processo de trabalho dos enfermeiros, que lhe permitirá intervir, utilizando ou não bens materiais, nos aspectos que permeiam a saúde (PIRES, 2008; SOUZA *et al*, 2010). Autores como Felli (2005), Thofehrn e Leopardi (2006) e Hausmann e Peduzzi (2009) descrevem que, na enfermagem, os instrumentos visam favorecer a execução do cuidado e podem ser compreendidos pelas seguintes subdivisões: instrumentos materiais, metodológicos, gerenciais e educacionais. Os instrumentos materiais correspondem aos equipamentos e instrumentos materiais de uso geral na saúde e na enfermagem. Os instrumentos metodológicos abrangem a Sistematização da Assistência de Enfermagem e também a pesquisa. Os instrumentos gerenciais, circunscritos em conhecimentos aplicados no trabalho para coordenar a unidade, criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes, e liderar os trabalhadores da enfermagem, atuando ainda como elo entre os demais trabalhadores da saúde. Já os instrumentos educacionais, correspondem aos conhecimentos empregados na educação em serviço com a equipe, com os pacientes e também na formação de novos profissionais.

O desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem engloba a atuação de três categorias funcionais: enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem², que correspondem a força de trabalho, caracterizados pela divisão técnica do trabalho, a qual o divide entre o fazer intelectual e o manual (THOFEHRN et al, 2011). Todavia, mesmo havendo esta divisão de atuação entre as categorias funcionais, o processo de trabalho do enfermeiro e da enfermagem remete, sobretudo, ao cuidado com foco nos procedimentos técnicos (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Esta característica, resultado da histórica divisão social e técnica do trabalho da enfermagem, acaba por viabilizar uma forte fragmentação do processo de trabalho (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

Partindo da compreensão da fragmentação do processo de trabalho, cada componente da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) presta parte da assistência de saúde separado dos demais, compartimentalizando o trabalho de enfermagem e, muitas vezes, duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Parte significativa dos profissionais de enfermagem executa atividades delegadas, mantendo espaço limitado de decisão, criação e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional dominado (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015), podendo dar origem a um processo de trabalho desagregador.

Adentrando a especificidade do processo de trabalho do enfermeiro, este transita entre o desenvolvimento das atividades de assistência direta ao paciente, família ou comunidade e as responsabilidades gerenciais requeridas pelas organizações, na intersecção com os processos de trabalho dos demais profissionais de saúde, produzindo um serviço marcado pela interação humana e pelo trabalho afetivo (RIBEIRO et al, 2014).

Nesta perspectiva, o estudo de Thofehn et al (2015), demonstra a importância da satisfação em relação ao processo de trabalho dos enfermeiros para a efetivação de um cuidado de qualidade. A satisfação no trabalho consiste em um sentimento de bem-estar resultante da interação de vários aspectos ocupacionais, podendo influenciar a relação do trabalhador com a organização, paciente e família (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006). É traduzida em gostar do que se faz, tornando-se, portanto, fundamental na concretização e eficácia do processo de trabalho (THOFEHRN et al, 2015). A satisfação no trabalho pode influenciar o trabalhador no que tange aos aspectos de sua saúde física e mental, a relação do trabalhador com a organização

² Profissional de nível médio que desenvolve serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde. Categoria profissional em processo de extinção (BRASIL, 2011).

(MARTINEZ; PARAGUAI, 2011), bem como afetar a assistência e o trabalho em equipe, trazendo implicações para o objeto de trabalho da enfermagem (THOFEHRN et al, 2015).

Um estudo realizado em um Hospital Universitário da cidade de Múrcia, na Espanha, revelou que os enfermeiros demonstram preocupação quanto ao tempo de trabalho dedicado ao ser humano em seu processo de trabalho, uma vez que a organização do trabalho hospitalar encontra-se cada vez mais dependente do enfermeiro, o qual adota na rotina de ações o gerenciamento do setor, dos recursos materiais e a organização do trabalho em saúde, ações estas executadas em demasia. Além disso, os participantes destacam que a multiplicidade de funções os impede de desenvolver atividades voltadas para o cuidado clínico com o paciente, em que o participante traduz como distanciamento da finalidade do trabalho do enfermeiro. Desta forma, anunciam a organização e o gerenciamento do trabalho em saúde como elementos que afastam os enfermeiros dos pacientes, sendo esta uma característica que vai de encontro à satisfação no trabalho (THOFEHRN et al, 2015).

Outro estudo revelou que na prática profissional há enfermeiros com bom desempenho na assistência e frágeis nos processos de trabalho gerenciais de enfermagem ou o inverso, o que expressa que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho. Percebe-se que o enfermeiro que está na administração tende a valorizar esta ação como aquela que subsidia a viabilização do cuidado, por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Abordando especificamente as questões envolvidas nas ações gerenciais do processo de trabalho do enfermeiro, uma pesquisa que buscou compreender os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros em relação ao exercício do processo de trabalho gerencial no contexto hospitalar, demonstrou que os afetos reportados por estes assumem predominantemente o aspecto negativo. Os mesmos qualificam a gerência a partir das dificuldades vinculadas à sobrecarga de função, à dificuldade de conciliação do processo de trabalho gerencial com o assistencial e ao não reconhecimento social de sua prática. Contudo, no mesmo universo representacional foi possível observar sentimentos positivos que se aliam às representações de gerenciamento traduzidas a partir da reaproximação do enfermeiro para com o cuidado e ao estabelecimento de relações de trabalho mais horizontais com a equipe (LIMA; LOURENÇO, 2014).

A conjuntura apresentada, somada ao cenário profissional em que se constrói o processo de trabalho, acabam sendo cruciais para o desenvolvimento da satisfação no trabalho, como elemento motivador e promotor de ações humanizadoras no processo de trabalho. Nesta ótica, condições insatisfatórias, de desrespeito às aspirações, de visão meramente tecnicista e

burocrática desqualificam o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas desenvolvidas no processo de trabalho (FONTANA, 2010). Estas, acentuam-se pelas atuais circunstâncias encontradas no cotidiano do trabalho, pautadas pelos critérios da melhor performance, da flexibilidade, da polivalência e da competitividade, em que existe a tendência da não valorização do enfermeiro, com consequentes agravos à sua saúde física ou psíquica (RIBEIRO, 2012).

Sabe-se que, em muitas instituições, há falta de condições técnicas, de atualização, de recursos materiais e humanos, o que, por si só, torna o ambiente de trabalho desumano, interferindo em todo o processo de trabalho. Acrescenta-se a isso, os processos não resolutivos da atenção em saúde ou a forma desrespeitosa com que muitos profissionais se relacionam, tornando pior uma situação já precária. Admite-se, neste contexto, um profissional numa situação frágil para humanizar suas ações de cuidado (FONTANA, 2010).

Este multifacetado e exaustivo cotidiano composto por diversificadas tecnologias e formas de organização do trabalho são responsáveis pelo estresse ocupacional do trabalhador em enfermagem. Não somente, são encontrados dados na literatura acerca da violência sobre a equipe e as doenças ocupacionais, as quais fragilizam trabalhadores, apresentando manifestações físicas e/ ou mentais, interferindo nas condições de trabalho destes profissionais, e tornando-o desumano (FONTANA, 2010). Tais aspectos, tangenciados pelos demais elementos do processo de trabalho já descritos, caracterizam, por fim, cargas de trabalho, que podem levar o trabalhador ao desgaste. Tais relações serão melhor exploradas no capítulo seguinte.

3.2 AS CARGAS DE TRABALHO E SUA INTERFACE COM A ENFERMAGEM

As cargas de trabalho presentes no trabalho da enfermagem tem sido tema mundialmente discutido nas instituições de saúde (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008), uma vez que são inerentes ao processo de trabalho. Assim sendo, todos os trabalhadores de enfermagem convivem com diferentes cargas em seu cotidiano (AZAMBUJA et al, 2010). Tal discussão fundamenta-se em virtude das implicações das cargas de trabalho na qualidade da assistência aos pacientes (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008), na qualidade de vida e atuação dos profissionais e nos custos hospitalares decorrentes do quadro de pessoal de enfermagem (LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008).

Desta forma, para a construção deste capítulo realizou-se a consulta de artigos científicos, veiculados nacionalmente nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), da *Scientific*

Electronic Library Online (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), no período de 2005 a 2014, com os descritores: “carga de trabalho *and* enfermagem”. Inicialmente foram encontrados 1080 artigos completos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol.

Após a primeira leitura, pode-se constatar que os estudos que abordam a temática cargas de trabalho apresentam diferentes perspectivas, tendo especial destaque os estudos que correlacionam o tema com o dimensionamento de pessoal em enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; DUCCI; ZANEI; WHITAKER, 2008; PERROCA, 2011; COSTA; FUGULIN, 2011; GIL et al, 2011; MENDES et al, 2013; NEIS; GELBCKE, 2013), com a utilização de instrumentos para mensuração das cargas de trabalho (DUCCI; PADILHA, 2008; LIMA; TSUKAMOTO; FUGULIN, 2008; QUEIJO; PADILHA, 2009; BRITO; GUIRARDELLO, 2011; FRUTUOSO; CRUZ et al, 2011; COELHO et al, 2012; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012; TREPICHIO et al, 2013; NOGUEIRA et al, 2013; LIMA; RABELO, 2013; ALTAFIN et al, 2014), e com a identificação dos tipos de cargas, sua interface com os elementos constitutivos do processo de trabalho e suas consequências no trabalhador (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006; GONÇALVES; PADILHA, 2007; SOUSA et al, 2008; GESTAL-OTERO; ACEVEDO, 2009; MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL’AGNOL, 2009; AZAMBUJA et al, 2010; SECCO et al, 2010; KIRCHHOF et al, 2011; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; SCHMOELLER et al, 2011; SECCO et al, 2011; SILVA, 2011; SANTANA et al, 2013; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Das diferentes perspectivas encontradas, dar-se-á ênfase, nesta revisão, aos estudos que abordam a interface dos elementos constitutivos do processo de trabalho com as cargas de trabalho e suas identificações, não contemplando os temas referentes ao dimensionamento de pessoal em enfermagem e aos instrumentos para mensuração das cargas de trabalho, pois se considera que os dois últimos não contemplam o objetivo deste estudo. Assim sendo, foram utilizados 30 estudos que possuíam como temática a identificação dos tipos de cargas e apoiam-se no mesmo referencial teórico.

A literatura demonstra que diferentes autores têm contribuído para a discussão teórica acerca das cargas de trabalho, apresentando distintos conceitos sobre o tema. Laurell e Noriega (1989) afirmam que o conceito de carga de trabalho busca revelar todos os fatores que determinam o processo de trabalho, tais como: os recursos tecnológicos, a forma de organização e de divisão de atividades, o relacionamento interpessoal, a relação com o meio ambiente, com a estrutura física, dentre outros. Secco et al (2011), definem as cargas de trabalho como uma constituição existente a partir da interação dinâmica dos elementos inerentes ao processo de

trabalho com o corpo do trabalhador, provocando alterações, como desgastes físicos e psíquicos, no seu processo saúde-doença. A compreensão das cargas de trabalho é tangenciada por diferentes aspectos, que determinam o entendimento e a operacionalização das concepções existentes. Na especificidade da enfermagem, o emprego da expressão “Cargas de Trabalho” abrange múltiplos significados ligados ou não à assistência aos pacientes (KIRCHHOF et al, 2011).

Para a melhor compreensão do tema faz-se necessária, inicialmente, a distinção teórica entre cargas de trabalho e risco. Para Kirchhof et al (2011), os estudos que possuem como objeto de análise o risco, visualizam a repercussão do mesmo como um fator isolado. Já a análise das cargas de trabalho pauta-se na compreensão do conjunto de inter-relações e das consequências dessa interação para o desgaste orgânico originário do processo de trabalho. Nesta perspectiva, as cargas de trabalho não constituem a soma dos riscos, pois elas se consolidam na dinâmica e interação do processo de trabalho.

Embasado na percepção das cargas de trabalho como parte integrante do processo de trabalho da enfermagem e apoiados no mesmo referencial utilizado neste estudo, alguns autores entendem as cargas de trabalho divididas em dois tipos: cargas de materialidade interna e cargas de materialidade externa, sendo que as primeiras são as possíveis de serem visualizadas no espaço ambiental de trabalho, divididas em físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e as últimas compreendem as cargas fisiológicas e psíquicas, e se manifestam por meio de dores, desconfortos, distúrbios ou doenças relacionadas ao trabalho (SECCO et al 2010; KIRCHHOF et al, 2011; SECCO et al; 2011; MARTINS et al, 2013).

Secco et al (2010) destacam que, na especificidade do processo de trabalho da enfermagem hospitalar, é possível identificar alguns exemplos de cargas de materialidade externa como: cargas físicas, referentes as vibrações provocadas pelas maquinarias, a iluminação inadequada e a pouca ventilação nos ambientes; cargas químicas, os desinfetantes, os medicamentos como antibióticos e quimioterápicos, os gases e vapores; cargas biológicas, o contato com bactérias, vírus, fungos e parasitas; e cargas mecânicas, as tecnologias empregadas, as condições e manutenção dos materiais, as quais resultam em contusões, fraturas, feridas e lesões em geral que atingem o corpo do trabalhador.

Em relação às cargas de materialidade interna fisiológicas, os mesmos autores descrevem que estas podem decorrer dos esforços visuais e físicos, das posições incômodas assumidas na prestação da assistência, da sobrecarga de atividades decorrentes da exigência da produtividade, através da realização de horas extras, da dupla ou até tripla jornada de trabalho e do trabalho em turnos; e as cargas de materialidade interna psíquicas estão relacionadas ao estresse no trabalho,

podendo advir do ritmo e da intensidade empreendidos nas emergências, do convívio com o sofrimento e a morte, da necessidade em manter-se atualizado, das condições competitivas do mercado de trabalho, das inter-relações e do modo como o trabalho é organizado e dividido (SECCO et al, 2010).

As tarefas qualificadas de intelectuais, estando ou não associadas às tarefas de esforço físico, implicam no esforço cognitivo, podendo tornar-se uma carga. Independentemente do interesse ou da motivação, da natureza física ou intelectual da tarefa, existe uma carga psíquica ligada ao trabalho. Tudo o que vai perturbar o desenvolvimento de uma atividade de trabalho aumentará a carga psíquica, mesmo que essa atividade seja aparentemente física (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Estudos apontam que a carga psíquica está vinculada aos aspectos afetivos como sentimentos, motivações, insatisfações, emoções e desejos (FRUTUOSO; CRUZ, 2005; SILVA, 2011). Presente no trabalho de enfermagem é influenciada por fatores específicos da profissão, com a elevada implicação emocional, e por fatores relacionados com a organização do trabalho (FRASQUILHO, 2005). Serra (2007) destaca o caráter emocional em que está envolvido o trabalho da enfermagem como um fator relevante nas cargas psíquicas. Isto se dá em virtude da natureza do próprio trabalho, que implica cuidar de pessoas doentes ou em situações de saúde particularmente penosas, fazendo com que os profissionais de enfermagem deparem-se frequentemente com situações de inquietação, sofrimento, degradação e morte. Estas situações podem desencadear emoções ou sentimentos de natureza psíquica ou afetiva, transformando-se em cargas psíquicas de trabalho, tornando-o particularmente doloroso (SERRA, 2007).

As cargas psíquicas também são caracterizadas por supervisão estrita; ritmo acelerado; trabalho parcelado, monótono e repetitivo; dificuldade na comunicação; agressão psíquica; fadiga; tensão; estresse e insatisfação (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Secco et al (2010) acrescentam à manifestação destas cargas os contingentes insuficientes de pessoal, do trabalho pouco reconhecido e mal remunerado, da complexidade técnica, tecnológica e das inter-relações pessoais inerentes a essa atividade, indo desde o paciente/cliente, à sua família, à chefia, aos demais componentes da equipe de saúde, aos estudantes em fase de formação profissional de diferentes áreas, entre outros fatores. Outros autores, ainda, citam as relações hierárquicas e fortemente verticalizadas com os superiores, a cobrança por qualificação, a necessidade de reconhecimento e os horários irregulares de trabalho (PUERTO; SOLER; MONTESINOS; CORTÉS, 2011).

Dentre as ações e características presentes no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, a literatura destaca diferentes elementos que intensificam as cargas de trabalho,

sendo que alguns estudos descreverem a natureza das cargas e outros não. Em meio aos estudos que não descrevem a natureza das cargas, tem-se a pesquisa desenvolvida por Magalhães, Dall'agnol e Marck (2013), que denota que as ações de cuidado como o banho de leito, o transporte de pacientes e a administração de medicamentos são algumas das atividades que têm impacto nas cargas de trabalho.

O estudo de Mendes et al (2013) revelou que a intensidade da carga de trabalho também pode estar relacionada ao turno de trabalho, uma vez que os diferentes turnos possuem atribuições diferenciadas em função das rotinas de enfermagem estabelecidas nos setores. Não somente, o grau de dependência e a complexidade/gravidade dos pacientes, também são elementos importantes na intensificação das cargas (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006; SOUZA et al, 2008; LIMA; RABELO, 2013; MENDES et al, 2013).

Os valores organizacionais, que acabam por influenciar o processo de trabalho, bem como os conflitos organizacionais, também contribuem para o aumento das cargas de trabalho (CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012).

Em relação à utilização de inovações tecnológicas e sua interface com as cargas de trabalho, o estudo de Pires et al (2012) revela que estas não são essencialmente positivas ou negativas, mas podem aumentar as cargas ou diminuí-las dependendo de múltiplos fatores. O principal determinante para o aumento das cargas de trabalho não é a tecnologia em si, a qual geralmente é motivada pela busca de solução de problemas práticos, mas sim o momento da implantação das novas tecnologias e a falta de capacitação dos profissionais para o processo de inovação; o sentido político da inovação quando orientado para a redução de custos; o modelo gerencial não participativo e as fragilidades/problemas nas condições de trabalho. Neste sentido, a adoção do novo e a necessidade de familiarizar-se e adaptar-se a ele, gera aumento das cargas psíquicas. Todavia, passado este processo de adaptação, pode ocorrer diminuição das cargas de trabalho, quando percebem que as tecnologias contribuem para maior resolutividade em seu trabalho (PIRES et al, 2012).

Adentrando a especificidade do trabalho do enfermeiro e sua relação com as cargas de trabalho, o estudo de Mendes et al (2013) expôs que os enfermeiros consideraram as cargas de trabalho excessivas em função da necessidade de conciliar as atribuições assistenciais e gerenciais. As cargas de trabalho dos enfermeiros também abrangem outras atividades não relacionadas com o paciente e seus familiares e que fazem parte do dever a ser cumprido durante seu turno de trabalho, tendo destaque as ações que englobam a educação em enfermagem, no acompanhamento de estudantes e treinamento de funcionários (GONÇALVES; PADILHA, 2007). Não somente, o estilo de liderança do enfermeiro também sofre interferência das cargas

de trabalho, pois quanto mais exposição às cargas de trabalho, mais o enfermeiro inclina-se a adotar estilos de liderança menos participativos (BALSANELLI; CUNHA; WHITAKER, 2009).

Em relação aos estudos que abordam as cargas de trabalho na enfermagem explorando também os aspectos referentes à sua natureza, encontra-se disparidades em relação às cargas mais presentes no cotidiano do trabalho. Os estudos de Gehring et al (2007) e Silva (2011), demonstraram que as cargas de trabalho que os profissionais de saúde estão mais expostos são as cargas psíquicas, devido à insatisfação dos usuários, carência de recursos humanos.

Já um estudo desenvolvido em um hospital de ensino revelou que há uma incidência maior de registros da exposição às cargas fisiológicas, embora exista expressivo desgaste do trabalhador também por outras cargas. Todavia, o mesmo estudo demonstrou que as cargas mecânicas são mais facilmente reconhecidas pelos profissionais, por abarcarem acidentes de trabalho que provocam lesões, assumindo importância nesse grupo os ferimentos perfurocortantes, potencializados pelas cargas biológicas, pela capacidade em contaminar os trabalhadores com vírus importantes e letais (SANTANA et al, 2013). Destaca-se, ainda, que a estrutura física inadequada, a falta de recursos para atender as demandas diárias, a alta rotatividade de pacientes, o intenso uso de tecnologias, a falta de expectativa profissional também configuram-se em cargas de trabalho (MASLACH; LEITER, 2009; CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012).

No que tange as consequências trazidas pelas cargas de trabalho, os estudos destacam diferentes dimensões, seja ao processo de trabalho, à assistência e à saúde do trabalhador. O estudo de Mendes et al (2013) levanta a hipótese de que determinadas ações de enfermagem, que deveriam ser avaliadas e executadas pelo enfermeiro, poderiam estar sendo realizadas pelos técnicos de enfermagem em virtude do excesso de cargas sobre o enfermeiro. Esta situação exige maior tempo dedicado aos pacientes pelos técnicos de enfermagem, promovendo a descontinuidade da assistência e/ou comprometendo a integralidade dos cuidados. Tal fato advém de uma preocupação quanto à execução de técnicas cujo domínio técnico e científico seja do enfermeiro e que, possivelmente, estejam sendo executadas pelos profissionais de nível técnico (MENDES et al, 2013).

Outro aspecto encontrado na literatura refere-se à associação significativa entre a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem com a qualidade do cuidado e as taxas de satisfação do paciente com a equipe de enfermagem, sendo que alguns estudos revelam que o aumento da carga de trabalho ou do número de pacientes por profissional de enfermagem diminui a satisfação dos pacientes em relação ao cuidado recebido (JHA et al, 2008; GESTAL-OTERO; ACEVEDO, 2009; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013) e pode, ainda, dificultar a

realização das tarefas, sendo mais provável a ocorrência de erros, comportamentos inadequados e dificuldade de planificação do trabalho (GESTAL-OTERO; ACEVEDO, 2009). Neste sentido, o estudo de Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013) acrescenta que o aumento do número de pacientes atribuídos à equipe de enfermagem por dia foi significativamente associado com o aumento da incidência de quedas do leito, incidência de infecções associadas ao cateter venoso central, absenteísmo e rotatividade de profissionais.

Como consequências das cargas sobre o trabalhador e sua saúde, diferentes autores destacam o desgaste, a exaustão emocional e o estresse (GESTAL-OTERO; ACEVEDO, 2009; MASLACH; LEITER, 2009; SECCO et al, 2010; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; SCHMOELLER et al, 2011; SANTANA et al, 2013). Ainda os estudos de Gestal-Otero e Acevedo (2009) e Santana et al (2013) elencam o desenvolvimento da fadiga, irritabilidade, instabilidade de caráter, depressão e somatizações. Outros autores acrescentam o aparecimento de problemas ósteo-músculo-articulares (FRUTUOSO; CRUZ, 2005; SANTANA et al, 2013) enxaqueca, cefaleia, (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; SANTANA et al, 2013) doenças infecciosas, problemas de pele, oculares e auditivos, intoxicação por substâncias químicas (SANTANA et al, 2013), gastrite (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011), e o risco aumentado para acidentes de trabalho perfurocortantes (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; MARTINS et al, 2013; SANTANA et al, 2013).

Compreende-se que estas situações citadas podem potencializar o desenvolvimento do desgaste para um trabalhador da saúde, mas que o mesmo pode não ocorrer para outro. Tal fato demonstra a dimensão subjetiva das relações existentes neste processo, e que “a vivência de diferentes situações por diferentes sujeitos é permeada pela dialética própria da vida” (AZAMBUJA et al, 2010, p. 665).

Nesta conjuntura, torna-se fundamental promover medidas que reduzam as interferências negativas das cargas de trabalho sobre o próprio trabalhador, contribuindo para a qualidade de vida e com isso melhorando o seu desempenho. Há necessidade de que os enfermeiros adotem estratégias fundamentadas em bases científicas para a melhoria das condições de trabalho e para a redução das cargas, no qual se destaca a necessidade de dimensionar o quantitativo de pessoal, de investir em educação continuada, no emprego de táticas de promoção de melhores condições de trabalho e prevenção de doenças advindas do mesmo (SCHMOELLER et al, 2011).

3.3 DA ASSISTÊNCIA AO PARTO À HUMANIZAÇÃO DO PARTO: Fatos, marcos e Políticas Públicas voltadas à mulher e ao ciclo gravídico-puerperal

O estudo e a compreensão das especificidades fisiológicas e psicológicas das mulheres foram sendo aprimorados ao longo dos séculos, conforme a medicina solidificava-se como profissão. Entretanto, tem-se como marco inicial da obstetrícia e ginecologia os estudos do greco-romano Sorano (98 Antes de Cristo), com a apresentação do tratado denominado “Doenças das Mulheres” (GRAÇA, 2003).

Até os últimos séculos do segundo milênio, os aspectos fundamentais da experiência reprodutiva feminina eram vistos como de domínio quase exclusivo das mulheres e privativos a esfera familiar (RNFSDR, 2002). No que se refere a obstetrícia Osava (1997) considera que, desde os relatos da Bíblia, as mulheres sempre são referenciadas para tal, e que durante séculos era relativamente raro encontrar homens assistindo ao parto, provavelmente por um obstáculo de ordem moral. Graça (2003) cita um caso de um cirurgião de Hamburgo que foi executado em 1522 por ter tido a ousadia de realizar um parto, usando o disfarce de parteira.

O que trouxe os homens, médicos e cirurgiões, para desenvolver a assistência ao parto foi a força física, uma vez que eram chamados em partos difíceis. Em 1627, com a morte materna da Duquesa de Orléans, houve certa alteração na reputação das parteiras da corte francesa, alimentando o interesse dos cirurgiões pelo parto. Em 1633, foi um parteiro (considerado o primeiro que se conhece na França) que assistiu ao parto de um dos filhos bastardos do Rei Luís XIV (GRAÇA, 2003).

Outro fator que influenciou a assistência obstétrica foi a substituição das cirurgias mutiladoras e as lesões causadas no recém-nascido, pela invenção do fórceps, no século XVI, pela família Chamberlen e pelo início do seu uso no século seguinte. Osava (1997, p 11), citando Litoff (1982), refere que a “invenção do fórceps foi o evento que, isoladamente, maior influência exerceu na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica”. O mesmo autor afirma que “o uso do fórceps introduziu o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana” (OVASA, 1997, p 11).

Neste contexto, Odente (2002) refere que a obstetrícia moderna teve sua origem na França, no momento em que os médicos entraram nas salas de parto e passaram a assumir o papel tradicional desenvolvido pelas parteiras. Segundo Vieira (1999), tal fato se deu em um momento histórico em que as parteiras e curandeiras vivenciavam a “caça as bruxas”, porém tal fato não conseguiu acabar com sua atuação. A mesma autora afirma que, a partir de então, a regulamentação da prática de partejar começou a exigir que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las. Neste momento, as parteiras representavam o melhor em termos de conhecimento e práticas até então existentes, mas, com a entrada dos estudantes de medicina nas maternidades europeias, a competição por espaço e reconhecimento por estes profissionais

acentuou-se (VIEIRA, 2002).

Com o advento dessa nova obstetrícia técnica e científica, as mulheres passaram a chamar os médicos para assistirem seus partos, porque compreendiam que esses profissionais poderiam oferecer a elas serviços mais seguros que as parteiras, o que incluía o uso do fórceps, o uso de sangrias ou do ópio para aliviar as dores e, em meados do século XIX, o uso da anestesia para inibir as dores do parto (OSAVA, 1997).

No Brasil, não diferente do restante do mundo, as parteiras se mantiveram como agentes centrais da assistência ao parto até meados do século XX, até que o modelo do conhecimento biomédico foi cada vez mais sendo incorporado, o que resultou na perda das características naturais do parto (CASTRO, 2003).

Outro marco importante na assistência ao parto ocorreu no século XX, após a Segunda Guerra Mundial. Neste momento houve uma expressiva institucionalização do parto, como consequência da aquisição de maiores conhecimentos nos campos da cirurgia, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia. O domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção e a cesariana se tornou, nesta época, uma opção por excelência de resolução da gravidez (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Conforme a assistência ao parto foi se inserindo no ambiente hospitalar, ganhou força a instrumentação dos procedimentos, a lógica tecnocrática centrada no profissional médico, e a imposição de normas e rotinas biomédicas, retirando o caráter de processo fisiológico do evento. O uso desenfreado dessas tecnologias na assistência ao parto trouxe como consequência um aumento da morbidade materna e perinatal e a desvalorização das questões emocionais da mulher durante o parto (DINIZ, 2005).

A primeira metade do século XX foi marcada por profundas transformações nas esferas cultural, política, econômica e social, que ocasionaram uma importante mudança no paradigma do processo de parturição (LIMA; SIEBRA, 2006). Paralelamente às importantes mudanças sociais ocorridas, são implantadas, no Brasil, políticas públicas direcionadas aos mais variados segmentos de saúde. Nesse período, as ações governamentais voltadas à saúde da mulher eram exclusivas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2009a).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto tornou-se mais significativo na década de 40. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde da mulher se restringiu à assistência ao parto. Durante este período, acontece a introdução da medicina preventiva no país

e, com ela, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

Enquanto eram desenvolvidas as primeiras ações preventivas no Brasil, voltadas à saúde da mulher, teve início na década de 70 a discussão internacional sobre humanização na saúde. Nessa época foi publicado o material intitulado *Humanizing Health Care*, organizado por Howard e Strauss. Este material buscou definir/identificar o que seriam práticas humanizadas e desumanizadas do cuidado em saúde (DESLANDES, 2006).

Dentre estas práticas descritas por Howard e Strauss e citadas por Deslandes (2006), como desumanizadoras estão: tratar as pessoas como coisas, reconhecendo o usuário como objeto de intervenções clínicas; ver a pessoa doente como um problema, ao reduzir sua patologia à clínica e aos sinais e sintomas; tratar certas pessoas como de menor valor, ao diferenciar as práticas de acordo com os aspectos sociais, raciais e étnicos; falta de interação/reciprocidade entre usuário e profissionais, favorecendo o isolamento das pessoas; visualizar as pessoas como sem escolhas, submetendo-as ao que foi decidido por outrem e desconsiderando sua autonomia e liberdade; entre outras.

Após, são apresentadas por Deslandes (2006), as práticas tidas como humanizadoras. Dentre elas temos: o reconhecimento do valor da vida humana; o respeito à integralidade das pessoas; o compartilhamento do poder de decisão e a liberdade para o indivíduo; a empatia e o afeto nas relações entre usuário e profissional, favorecendo a criação de vínculos positivos.

Já nos anos 80, também no Brasil, ocorreram algumas iniciativas locais voltadas para a melhoria do atendimento obstétrico e redução da mortalidade materna. Uma das mais importantes, o projeto desenvolvido por Galba de Araújo, no Ceará, visou integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde, de modo a melhorar a assistência, reduzindo riscos e respeitando a cultura local (BRASIL, 2001).

Nessa mesma década, houve o início das discussões sobre a inserção social feminina e nos serviços de saúde. Diante disso, diversos órgãos governamentais e não-governamentais passaram a debater o crescente número de mortes de mulheres, principalmente aquelas ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, o que desencadeou uma mudança nas políticas de atenção à saúde da mulher (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Em 1984, o MS instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de adotar uma nova perspectiva de atendimento, visando oferecer às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção,

num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

Apesar de ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, a implantação deste programa sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa se tornasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Os avanços das discussões na saúde pública brasileira adquiriu sua mais completa expressão com a VIII Conferencia Nacional de Saúde, um evento incomum para a sociedade civil, pois esta nunca havia sido chamada para um debate, cujas deliberações contribuíram para a fundação do SUS, com o preceito constitucional de saúde como direito de todos e dever do Estado e da I Conferência Nacional de Saúde da Mulher, no ano de 1986, que conduziu para mudanças no setor saúde de forma a torná-lo democrático, acessível e socialmente equitativo (GERSCHMAN, 2004).

No ano seguinte, 1987, ocorreu a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairobi, no Quênia, onde se colocou mais uma vez, em nível internacional, a discussão sobre o problema da mortalidade materna por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, ou seja, ao processo de nascimento, ressaltando-se, nesse contexto, a saúde materna como preocupação mundial (CAMACHO, 2010).

No contexto nacional, no ano seguinte, em 1988, promulgou-se a Constituição Federal, chamada cidadã, proclamada com igualdade jurídica entre homens e mulheres, com a ampliação dos direitos civis, sociais e econômicos das mulheres, onde o princípio de integralidade à saúde da mulher passou a ser abordado e respeitado como direito. Com essa Constituição, a saúde estabeleceu-se como direito universal, sendo dever constitucional de todas as esferas de Governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR; 2006).

No mesmo ano, houve no Rio de Janeiro, a inserção e o início da participação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto hospitalar. Tal fato ocorreu no Instituto da Mulher Fernando Magalhães, instituição esta que servia de referência para a capacitação de recursos humanos para a assistência às gestantes de alto risco. No entanto, a participação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto nessa maternidade, que tinha como perfil o alto grau de complexidade assistencial e a medicalização no período reprodutivo, não propiciou grandes mudanças nos procedimentos intervencionistas na assistência obstétrica, mas iniciou uma nova abordagem de assistência à mulher, isto é, a abordagem não médica centrada no cuidado integrado e na mulher, fato significativo e favorável às mudanças na área materno infantil

(SANTOS, 2006).

Nesta época, as discussões sobre saúde da mulher era assunto de quase todas as nações no mundo, mas também estava em alta a temática meio ambiente. Assim, foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, denominada Rio-92 ou ECO-92, em 1992, na cidade do Rio de Janeiro, onde foram discutidos, entre outros aspectos, recomendações, mecanismos e metas para integrar as mulheres e a questão de gênero em todos os níveis de governo (base do documento intitulado Agenda 21). Estes temas foram enriquecedores para o futuro das discussões sobre o parto e nascimento concebendo, aos poucos, a visão de que o feminismo e ecologia estavam ligados intrinsecamente. Tal registro histórico da interação da questão da mulher ao meio ambiente foi importante, pois mais tarde se refletiu no movimento de humanização (MOUTA, 2008).

Decorrente desses movimentos, em 1993, foi criada a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA), composta de profissionais de saúde da rede pública, organizações não governamentais (ONG) e outros. A REHUNA tornou-se uma parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS), apoiando iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados. No mesmo ano, começou a ser elaborado o Projeto Curicica, que buscava a criação de uma maternidade amiga da mulher e da criança, que culminou na inauguração, no ano seguinte, da Maternidade Leila Deniz, no Rio de Janeiro, com a missão institucional de implementar práticas obstétricas em uma estrutura acolhedora, que facilitassem o protagonismo da mulher e da criança (LIMA, 1997).

Tal inauguração tornou-se um marco importante da implantação do modelo de atenção humanizada na assistência obstétrica. Neste cenário, as enfermeiras obstétricas tiveram uma relevante participação como agente estratégico da divulgação das práticas obstétricas que estimulassem o parto ativo, autonomia e acolhimento da parturiente (MOUTA, 2008).

Ainda em 1993, ocorreu a reunião da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, onde foi discutida a problemática da questão das cesarianas e, como recomendação, estipulou-se que fossem introduzidas a obstetritz e as enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas e privadas, com uma estratégia de redução das altas taxas de cesariana no país (OSAVA, 1997).

Já em 1995 foi realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu em um momento em que mundialmente se discutiam os direitos humanos e de liberdade, fundamentais para a emancipação e exercício do poder da mulher. Nessa conferência discutiu-se a igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, em todos os lugares e em toda a humanidade. Incluía-se a promoção, progresso e direito de liberdade de pensamento, consciência,

necessidades existenciais individuais ou em associação com outros. Este pensamento visava estimular a participação da mulher nos processos decisórios e acesso ao poder, como pré-requisito para a igualdade social (NAÇÕES UNIDAS, 1996).

No mesmo ano, o MS, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, o Fundo das Nações para a Infância, a Organização Pan-Americana de Saúde, a OMS e o Fundo das Nações Unidas lançaram, no Brasil, o Projeto Maternidade Segura. Este projeto consiste num esforço interinstitucional cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil que se institui por meio de um conjunto de parâmetros e procedimentos técnicos e de avaliação de serviços denominados “Oito Passos para a Maternidade Segura”. A humanização no atendimento ao parto é a grande tônica deste projeto, ou seja, a valorização do indivíduo e do nascimento (VALLADARES, 1999; PEREIRA, 2001).

Em 1996, a OMS, lança um documento preconizando que a taxa de cesariana não ultrapasse 15% do total de partos, partindo da compreensão de que esta intervenção é um dos fatores que tem colaborado para as altas taxas de mortalidade materna, uma vez que a mulher que é submetida a uma cesariana pode ser exposta a riscos desnecessariamente, tanto durante a operação, quanto no pós-operatório (VALLADARES, 1999).

Como incentivo ao parto normal, o MS publicou em 1999 a portaria nº 985, que criava os Centros de Parto Normal no SUS (CAMACHO, 2010). O estímulo à criação destes foi, entre outros aspectos, baseado na evidência de que poderiam se tornar um recurso seguro para o nascimento e com boa aceitação pelas mulheres, em um contexto de uma rede hierarquizada de assistência (OMS, 1996).

No final da década de 90, emergida por este processo de reformulação e discussões sobre o parto, começou a ser apresentada a expressão humanização no contexto da saúde da mulher e na assistência ao parto, que remete a “uma forma de cuidar mais atenta tanto para os direitos de cidadania quanto para as questões intersubjetivas entre paciente e profissionais, visando uma modificação de cultura do atendimento” (DIAS, 2006, p. 8). A atenção humanizada na assistência ao parto envolve a aplicabilidade de um conjunto de conhecimentos, somados às práticas e às atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento de forma saudável e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal através de tecnologias não-intervencionistas (DINIZ, 2005). Mouta (2008, p 21) ressalta que “o termo humanização da assistência obstétrica expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana”.

Assim, reconhecendo a necessidade de estabelecer novas estratégias, o MS instituiu, em 01 de junho de 2000, o PHPN. Por ser considerado um marco conceitual e estratégico para o processo de Humanização do Parto, o mesmo será trabalhado no capítulo seguinte desta revisão.

De forma a complementar ao PHPN, o MS lançou o manual técnico “Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher”, que tratou dos princípios da humanização e da relação das práticas humanizadas da assistência ao parto (BRASIL, 2001), norteando as ações assistenciais humanizadas.

No ano de 2004 foi firmado o “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, que também pode ser considerada uma importante medida do governo federal na perspectiva da humanização visto que, por meio de diversas estratégias, pretendeu promover o resgate dos direitos da mulher e do bebê (BRASIL, 2004).

Já em 2005 foi lançado o Plano Nacional de Política para as Mulheres, fundamentado no princípio da igualdade e do respeito à diversidade, à equidade e à autonomia das mulheres. Este plano foi instituído pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, inaugurada em 2003, com o objetivo de coordenar e formular políticas que promovam a igualdade de gênero (BRASIL, 2005a).

Ainda em 2005, reforçando os princípios apresentados pelo PHPN, foi aprovada a Lei 11.108/05 que garante, às parturientes, o direito à presença de acompanhante de sua escolha, durante todo o processo de parturição (BRASIL, 2005b). Ao encontro das medidas propostas por essa lei, a Portaria GM 2418/05 acrescenta que a presença de uma acompanhante durante o parto, conforme estudos baseados em evidências científicas poderá reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor, o número de cesáreas e a depressão pós-parto, favorecendo, ainda, a amamentação. Não somente, esta portaria reafirma o direito a acompanhante de forma igualitária às parturientes atendidas pelo SUS ou em instituições privadas (BRASIL, 2005c).

Mais recentemente, foi instituída, através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, que consiste em um conjunto de medidas que visam garantir atendimento adequado, seguro e humanizado desde o planejamento familiar e confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até a atenção integral à saúde do bebê nos seus dois primeiros anos de vida. Seus princípios são a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, as diferenças regionais, a equidade, o enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, jovens e adolescentes (BRASIL, 2011).

Todo esse conjunto de medidas apresentadas pelo MS tornar-se-á efetivo quando, somados a elas, os trabalhadores da saúde transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura. Faz-se necessário o resgate simbólico do momento do nascimento, respeitando todos os seus significados, tornando a mulher protagonista desse processo e assegurando seu direito de ser mãe com humanidade e segurança (BRASIL, 2001).

Deve-se considerar, ainda, que os pontos fundamentais do cuidado e do acolhimento às mulheres no processo parturitivo não estão apenas nas rotinas e instalações físicas, mas igualmente nas situações em que profissional e usuário se relacionam na busca pela satisfação, fazendo com que as relações interpessoais sejam os verdadeiros instrumentos que contribuam para a vivência deste processo, e que esse relacionamento seja o eixo fundamental para a humanização na assistência à saúde (DAVIM; GILSON, 2008).

3.4 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

No tradicional modelo de assistência obstétrica, que retira do parto o caráter de evento fisiológico tornando-o um procedimento médico, percebe-se que trabalhadores e mulheres vivenciam o parto de formas diferentes. Isto se dá porque este modelo assistencial ignora os reais significados que as mulheres dão à experiência da gravidez e do parto. Assim, na relação entre trabalhadores e usuárias, fica bastante evidente a maneira diferente como as questões relacionadas ao parto são encaradas por cada um desses atores (BRASIL, 2008).

Da busca pela consolidação da transformação da atenção prestada durante a gestação, parto e puerpério, como resultado da história de lutas pelos direitos de cidadania para às mulheres, emerge o PHPN, que possui como enfoque principal a mulher e o resgate da dignidade durante o processo parturitivo (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006), compreendendo a humanização de modo ampliado. Pode-se considerar que o significado atribuído à humanização do parto é um constructo social que reflete primeiramente qual é a posição da mulher em uma sociedade e quais são os interesses políticos, econômicos e sociais dessa sociedade diante dos eventos femininos (DINIZ, 2005).

Nesta perspectiva, a implantação do PHPN pode ser considerada um divisor de águas, pois permitiu o diálogo requerido sobre a mudança de condutas e de procedimentos adotados nos serviços, e da visão destes sobre a mulher, suas necessidades e direitos, uma vez que o programa prioriza o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas, valorizando e dando voz à mulher (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Para o MS, a humanização do parto proposta pelo PHPN pressupõe uma relação de respeito durante o processo de parto, estabelecida entre os profissionais de saúde, as parturientes e os acompanhantes, compreendendo pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever dos diferentes serviços de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a

instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que podem trazer maiores riscos à estes (BRASIL, 2000).

Nesse mesmo sentido, humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2009a).

Para a OMS, a humanização do parto compreende um conjunto de práticas que incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nas quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos disponíveis (OMS, 1996).

Indo ao encontro de tal compreensão, o PHPN apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados com as diretrizes institucionais. O objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001). O documento tece, ainda, uma crítica aos procedimentos que levam à despersonalização da mulher, à realização de operações cesáreas desnecessárias e incentiva o processo de parto ativo como um acontecimento fisiológico (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Para nortear as ações assistenciais para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, PHPN baseia-se no documento “Assistência ao parto normal: um guia prático”, da OMS (1996), que apresenta um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tais práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. O guia defende, ainda, como objetivo da assistência obstétrica, o menor nível possível de intervenção, compatível com a segurança, definindo o papel do prestador de serviço como requisito necessário para a concretização deste objetivo (OMS, 1996). Neste guia, as práticas assistenciais estão categorizadas em quatro grupos:

- Categoria A: práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas. Estas implicam no reconhecimento da mulher e da família como protagonistas do processo de nascimento, dando a estes o poder de decisão (OMS, 1996);
- Categoria B: práticas que são consideradas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser abandonadas, pois visam a aceleração do parto em prol do conforto do profissional (OMS, 1996);
- Categoria C: práticas que são utilizadas, porém necessitam ser melhoradas, devendo, por isso, ser adotadas com cautela, pois ainda não possuem fundamento científico consistente e, na maior parte, não levam em consideração a decisão das mulheres em acatá-las ou não (OMS, 1996);
- Categoria D: práticas frequentemente utilizadas, porém inapropriadas, causando mais dano que benefício. Englobam, principalmente, os procedimentos cirúrgicos, incluindo os partos cesáreos e por fórceps, sem indicação criteriosa para a sua realização (OMS, 1996);

Nesta perspectiva, humanizar compreende o estímulo do protagonismo da mulher, da fisiologia do parto e o respeito à privacidade dos envolvidos. (CAMACHO; PROGIANTI, 2013). Para que isso ocorra, diferentes elementos parecem estar envolvidos, como demonstra o estudo de Busanello et al (2011), onde os trabalhadores atuantes em um centro obstétrico (CO) descrevem que a assistência ideal ao parto depende da estrutura física adequada, da presença do acompanhante, do preparo do acompanhante durante o pré-natal, do respeito entre os trabalhadores e as parturientes, e do direito da parturiente às informações e orientações durante o trabalho de parto e parto.

O mesmo estudo aponta que o alcance desse tipo de assistência, na perspectiva dos médicos, depende da efetivação de programas de qualificação dos trabalhadores que atuam no contexto obstétrico. Já para os trabalhadores da enfermagem, as condições de trabalho, a harmonia entre os componentes da equipe de trabalho, o direito de informação dos familiares, o evitamento de práticas intervencionistas desnecessárias, e o apoio fornecido às parturientes e familiares são considerados elementos que qualificam a atenção ao parto. Todavia, aspectos como o “incentivo ao contato precoce entre mãe e filho, a amamentação na primeira hora de vida, o resgate da autonomia da mulher e o controle sobre seu corpo e seu processo reprodutivo”, mesmo sendo preconizados pelo MS, não foram lembrados pelos trabalhadores como elementos que compõe o processo de humanização do parto (BUSANELLO et al, 2011, p 223).

Segundo Hodnett et al (2012), as medidas de apoio que podem e devem ser desenvolvidas durante o parto contemplam quatro dimensões: a emocional (a presença contínua, o

encorajamento e o propiciar tranquilidade); a informacional (explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e conselhos); o conforto físico (massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos); e, por último, a de intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher, acolhe-los e negociá-los, se necessário (HODNETT et al, 2012).

Outro elemento de destaque, quando se fala em apoio à parturiente, é a presença do acompanhante. Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) descrevem que as discussões sobre a importância de garantir à parturiente a presença de um acompanhante iniciaram-se na década de 80, com a realização de estudos experimentais e revisões sistemáticas que apresentavam os efeitos benéficos do apoio deste elemento durante o trabalho de parto. Essas pesquisas realizadas na década de 80, contribuíram para que a OMS recomendasse que a parturiente seja acompanhada por alguém de sua escolha e confiança, uma vez que essa prática contribui para a humanização da assistência e redução das intervenções obstétricas (OMS, 1996).

Os principais benefícios desta prática são: o aumento de partos vaginais espontâneos; redução da analgesia intraparto, da duração do trabalho de parto, da insatisfação sobre a experiência do nascimento, da cesariana, do parto vaginal instrumental e de recém-nascido com baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida (HODNETT et al, 2012).

O ensaio clínico do tipo caso controle desenvolvido por Brüggeman et al (2007), demonstrou que as parturientes que possuíam um acompanhante de sua escolha apresentaram maior satisfação global com a experiência tanto no trabalho de parto quanto no parto. As parturientes ficam mais satisfeitas com o cuidado recebido no trabalho de parto, com a orientação médica durante o trabalho de parto, com o cuidado recebido no parto e com a realização do parto vaginal (BRÜGGEMAN et al, 2007).

Como já citado no capítulo anterior, a presença do acompanhante é amparada, no Brasil, pela Lei nº 11.108/2005, conhecida como “Lei do Acompanhante” (BRASIL, 2005). No entanto, mesmo a mulher possuindo esse direito garantido por lei, algumas instituições têm dificuldade em implementar e manter essa prática de forma regular e sistemática (HOGA; PINTO, 2007; MABUCHI; FUSTINONI, 2008; JÚNIOR; BUSANELLO et al, 2011; CARVALHO; MACEDO, 2013; FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013; BRÜGGEMAN et al, 2014).

Embora a presença do acompanhante seja valorizada, tendo em vista os reais benefícios que o mesmo poderá proporcionar para a mulher, com destaques para a segurança, o conforto e a tranquilidade, nota-se, entre os trabalhadores da saúde, uma visão restrita sobre o mesmo. A presença e participação deste novo ator social na sala de parto muitas vezes não são entendidas como um direito, mas sim como algo que demandaria uma preparação anterior e conhecimentos mínimos sobre o processo parturitivo e do nascimento, para assim não interferir na assistência

ofertada. Nesta perspectiva, o acompanhante é visualizado como um agente que não deverá ser envolvido no cenário da parturição, porque pode interferir no trabalho da equipe de saúde (SANTOS et al, 2012).

Diferentes estudos revelam que os profissionais são resistentes à presença do acompanhante (BUSANELLO et al, 2011; JÚNIOR; CARVALHO; MACEDO, 2013; FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013; BRÜGGEMAN et al, 2014), sendo que a inserção deste acaba dependendo, frequentemente, da autorização médica (BRÜGGEMAN et al, 2014). Os profissionais com maior tempo de serviço parecem ser os mais resistentes a esta prática, por considerarem que a presença do acompanhante atrapalha a equipe do CO e, dentre os argumentos dados pelos trabalhadores para negar a presença do acompanhante, está o receio da equipe de ser avaliada por este. (BRÜGGEMAN et al, 2014).

Um estudo desenvolvido em diferentes centros obstétricos revelou que, nos locais onde enfermeiros obstetras e médicos assistem ao parto em porcentagem equivalente, há expressiva presença dos acompanhantes, se comparados com locais onde há predominância da classe médica, demonstrando que a presença dos acompanhantes pode estar atrelada ao profissional responsável pela assistência (BRÜGGEMAN et al, 2013).

A não permissão da presença do acompanhante também é justificada em virtude da falta de estrutura física dos hospitais, para a inserção do mesmo (BUSANELLO et al, 2011; BRÜGGEMAN et al, 2013; JÚNIOR; CARVALHO; MACEDO, 2013; BRÜGGEMAN et al, 2014). A literatura apresenta, ainda como justificativa, a falta de funcionários para viabilizar a adequada atenção para as parturientes e acompanhantes concomitantemente, o número limitado de roupas para ambientes fechados e cirúrgicos, dentre outros (BRÜGGEMAN et al, 2014).

Soma-se a estes o fato da maioria dos acompanhantes desconhecer, como direito da mulher, a sua presença, evidenciando que essa informação é pouco divulgada pelos serviços de saúde (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013). A falta de apoio das instâncias administrativas quanto à implementação da lei do acompanhante também desponta como um impeditivo desta prática humanizadora do parto (JÚNIOR; CARVALHO; MACEDO, 2013), revelando a necessidade dos gestores conhecerem e fomentarem as políticas públicas referentes à saúde da mulher, buscando recursos e estabelecendo parcerias para a adequação do serviço, almejando um modelo de assistência centrada no usuário (BRÜGGEMAN et al, 2014).

Em relação aos locais que permitem a presença do acompanhante, cabe destacar que nem todos promovem à mulher o direito de escolher a pessoa que irá assumir esse papel, fazendo com que esta acate a determinação institucional sobre quem pode ser acompanhante. Essa postura impositiva não considera que muitas mulheres planejam, durante toda a gestação, a participação

de uma pessoa em especial para lhe dar o apoio que ela deseja e precisa receber (BRÜGGEMAN et al, 2013).

Mesmo considerando as adversidades do ambiente do CO ao acompanhante e da vivência de situações de estresse, peculiares às pessoas leigas que acompanham a evolução do processo de parturição, percebe-se que é possível que o acompanhante tenha uma experiência positiva, pois este supera as dificuldades, reconhecendo a importância de sua presença como fonte de apoio. Nesta concepção, os mesmos podem avaliar de forma positiva a assistência prestada à mulher, quando identificam que os profissionais desenvolvem ações pautadas nos princípios de humanização, e possuem atitudes que demonstram respeito e interesse pelo cuidado à parturiente (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

Também estão abarcadas como práticas humanizadoras o emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto. Dentre os métodos não farmacológicos, destacam-se: a massagem; os banhos de aspersão e imersão; orientação antecipada sobre procedimentos que porventura sejam realizados; liberdade para assumir a posição desejada durante o trabalho de parto; métodos de respiração e relaxamento; musicoterapia; cromoterapia e o uso da bola suíça (ALMEIDA et al, 2009).

A alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto e o estímulo à deambulação também são práticas voltadas à humanização. Neste sentido, a literatura demonstra que há, entre as parturientes, opiniões divergentes sobre estes aspectos, sendo tais práticas valorizadas por algumas e pouco significativas para outras. Tal fato deve ser levado em consideração ao se estabelecerem normas e rotinas dentro de uma instituição que visa prestar assistência de qualidade à mulher, pois o mesmo remete à autonomia da mulher (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Outra prática preconizada pelo MS é o contato entre a mulher e o recém-nascido, bem como o início imediato do aleitamento materno. Entretanto, mesmo sendo uma ação benéfica, encontram-se evidências científicas de que esta prática é realizada de maneira impessoal, fria (TERRA et al, 2006) e mecanizada, transformando este momento num breve contato entre mãe e filho, no qual a mulher não possui autonomia suficiente para exercer o papel de agente do processo e vivenciá-lo de forma única (SANTOS et al, 2014). Ressalta-se, ainda, que a não presença de um acompanhante, bem como a não permanência dos profissionais junto à mulher na sala de pré-parto e parto pelo período de tempo adequado para que esta não se sinta sozinha, podem prejudicar o contato inicial entre mãe e filho, em decorrência do desgaste emocional gerado pelo processo parturitivo (TERRA et al, 2006).

Os motivos para o término do contato entre mãe e filho variam desde o pedido da mãe até

a separação brusca no pós-parto imediato em prol da realização de cuidados rotineiros com o recém-nascido (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011; SANTOS et al, 2014), não sendo considerado este momento como um espaço necessário e de intimidade entre a mulher e seu filho (SANTOS et al, 2014). Esta remoção tem como fundamento a ansiedade e a pressa da equipe para realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido, em especial quando o parto ocorre no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho no setor (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Entretanto, para Santos et al (2014), os trabalhadores da saúde devem, antes de promover o contato e o aleitamento imediatamente após o parto, conhecer as condições maternas no pós-parto imediato e valorizar sua autonomia através do consentimento, para que estas ações possam acontecer de forma natural e humanizada (SANTOS et al, 2014).

Outro elemento que desponta como parte essencial do processo de humanização do parto são as relações interpessoais, em especial entre o profissional, a usuária e o acompanhante (RATTNER, 2009). Considerando que os profissionais de saúde são coadjuvantes da experiência de parturição, os mesmos têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer (BRASIL, 2001).

O apoio oferecido pela equipe de saúde durante o trabalho de parto e parto, proporcionando cuidado, conforto e segurança à parturiente e seu acompanhante, através da presença, conversa, escuta dos medos, angústias e anseios, são maneiras singelas, porém imprescindíveis de cuidar. É importante ressaltar, também, que o contato físico é um relevante fator de conforto, pois transcende as barreiras entre o profissional e a usuária, e estabelece uma relação de confiança e apoio emocional. O fato do profissional se sensibilizar com o momento vivenciado pela parturiente, envolvendo-se no processo de parir, cria um ambiente de cuidado e conforto que, através de gestos de maior aproximação entre equipe de saúde e usuária, potencializam o poder vital da parturiente, facilitando o trabalho de parto e parto (CARRARO et al., 2008).

A literatura científica revela diferentes elementos presentes nas relações interpessoais durante o parto que são valorizados pelas mulheres por proporcionarem a humanização do mesmo. Dentre eles, recebem destaque o respeito (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; GAMA et al, 2009; BUSANELLO et al, 2011; ENDERLE et al, 2012), as informações e orientações recebidas (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; CARRARO et al, 2008; GAMA et al., 2009; BUSANELLO et al, 2011; ENDERLE et al, 2012), a companhia (MCCALLUM; REIS, 2006; SILVA; SIQUEIRA, 2007; CARRARO et al, 2008; OLIVEIRA et al, 2010; ENDERLE et al, 2012), cordialidade, delicadeza, paciência (SILVA; SIQUEIRA, 2007;

CARRARO et al, 2008; GAMA et al, 2009; BUSANELLO et al, 2011; ENDERLE et al, 2012), informação aos familiares, privacidade (ENDERLE et al., 2012), acolhimento, escuta e valorização das necessidades (GAMA et al, 2009).

O estudo de Oliveira et al (2010), acrescenta que, para as parturientes, o toque é uma forma humanizada de fornecer apoio e conforto, pois simboliza a proximidade da díade profissional-usuária, estabelecendo um contato direto e demonstrando a disponibilidade para compartilhar o que o outro sente.

Todavia, diferentes estudos têm demonstrado que as relações interpessoais que ocorrem durante o parto vão de encontro às orientações do MS, constituindo-se em elementos que desumanizam o parto. Dentre os aspectos encontrados nos estudos estão o desrespeito (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; GAMA et al, 2009; ENDERLE et al, 2012), o isolamento e o abandono (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007; OLIVEIRA, 2010; ENDERLE et al, 2012), a impaciência (ENDERLE et al, 2012), a falta de atenção e a indiferença (WOLFF; WALDOW, 2008; ENDERLE et al, 2012), que levam a parturiente a sentimentos de frustração, fraqueza e submissão (WOLFF; WALDOW, 2008).

Autores afirmam que durante o parto há uma forte hierarquia na relação entre os trabalhadores e a parturiente. Nesta perspectiva, o profissional assume o controle e a mulher atua como coadjuvante, tendo seu corpo transformado em objeto (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008; BESSA; MAMEDE, 2010). McCallum e Reis (2006) acrescentam que a atitude de obediência e submissão das parturientes diante dos profissionais é bem-vinda, pois garante maior controle da situação.

O MS orienta que os comentários e atitudes desrespeitosas devem ser banidos do dia a dia dos serviços de saúde, assim como os julgamentos e atitudes preconceituosas sobre o comportamento reprodutivo das mulheres. No tratamento com as mulheres e seus familiares é fundamental chamá-la pelo nome, evitando os termos "mãezinha", "dona", etc.; permitir que ela identifique cada membro da equipe de saúde pelo nome e papel de cada um; informá-la sobre os diferentes procedimentos a que será submetida, e propiciar-lhe um ambiente acolhedor. Afirma, ainda, que estas são atitudes relativamente simples e que requerem pouco mais que a boa vontade do profissional (BRASIL, 2001, p 39).

Distintos estudos evidenciam a presença de outras práticas inadequadas ou claramente prejudiciais ou ineficazes na assistência ao parto, como o uso rotineiro da posição de litotomia para o parto, a infusão de soro com ocitocina, o uso da episiotomia, a restrição ao leito obstétrico, a restrição alimentar e o uso rotineiro da amniotomia (CARVALHO et al, 2012; SANTOS et al, 2012; SILVA et al, 2013).

O estudo de Carvalho et al (2012) revela o desrespeito aos direitos da parturiente, manifestado pelo fato das mesmas não serem informadas sobre a realização da maioria dos procedimentos e não possuírem a oportunidade de opinar sobre sua utilização. Pimenta et al (2014) revelam, ainda, a intensa insatisfação das mulheres em relação à sua autonomia no que tange a escolha do tipo de parto. Os resultados mostram que a via de parto desejada pela maioria das entrevistadas neste estudo foi o parto normal, mas constatou-se que a maior parte delas não conseguiu realiza-lo, devido à influência e às intervenções recebidas (PIMENTA et al, 2014). Esta conduta pode trazer sentimentos de frustração às mulheres, pois exclui as vivências e sensações de protagonizar o nascimento do seu filho. (FRIGO et al, 2013).

Tal conjuntura não traz insatisfação somente às parturientes e seus acompanhantes, mas também aos trabalhadores que não concordam com tais condutas desumanizadoras. O estudo de Sanfelice (2014) revela que ao presenciarem a violência obstétrica cometida diariamente contra as mulheres por meio de palavras, expressões de ironia, procedimentos invasivos, tais como a amniotomia, uso de ocitocina sintética e episiotomia rotineira; condutas inadequadas, como mentir para a parturiente quanto a sua dilatação ou vitalidade fetal para indicar cesariana devido a interesses pessoais; coerção, como a prática do parto cesárea eletivo forjando indicações que não são reais tais como macrossomia fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita; ameaça, entre outros, muitos profissionais sentem-se descontentes e impotentes, frente a tantas cenas humilhantes, levando-os à grande conflito e angústia. Todavia, tal paradigma também contribui para que tais profissionais reflitam sobre o atendimento que gostariam de oferecer às parturientes, e, conseqüentemente, procurarem um novo caminho de atuação (SANFELICE et al, 2014).

Os diferentes estudos trazidos revelam a relevância da implementação do PHPN para a efetivação da assistência ao parto de forma humanizada, com respeito aos processos fisiológicos e autonomia da mulher. Entretanto, encontra-se na literatura ressalvas no que concerne à efetivação do PHPN, como destaca Diniz (2005) ao afirmar que o PHPN abordou aspectos de relevância inquestionável para a humanização do atendimento, porém concentrou-se mais nas questões de como seria o financiamento de estados e municípios. Nessa ótica, vislumbra-se que o programa despreendeu-se de questões suscitadas pelos ativistas do movimento de humanização concernentes ao uso rotineiro e desnecessário de técnicas invasivas, sendo basicamente um instrumento de gestão.

Diante da permanência de condutas indesejadas na assistência ao parto, da desarticulação existente entre a assistência de pré-natal e o parto e buscando reafirmar os princípios humanizadores na assistência foi instituída, como abordado anteriormente, a Rede Cegonha

(BRASIL, 2011).

Os recursos que garantem a operacionalização da Rede Cegonha, não são pagos como forma de incentivo, diferentemente do PHPN, e sim como forma de garantir que a rede seja efetivada, a partir de modificações estruturais nas organizações de saúde, por meio de aprimoramento profissional para garantir uma assistência de qualidade, entre outras estratégias que são abordadas na portaria (BRASIL, 2011). Assim, as metas quantitativas tão incentivadas pelo modelo perpetuado no SUS, que paga por quantidade de serviços prestados, passam a perder importância para o alcance de metas qualitativas, que são mais eficientes para a população que necessita de atenção à saúde (MENDES, 2011). Tal proposta reafirma a humanização como um constructo da atuação profissional.

Por fim, cabe destacar que humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. Humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde, em humanizar as pessoas. Inclui a atitude e a postura que se assume diante da vida e do modo como se interage com os outros. Sendo assim, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um (WOLFF; WALDOW, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa descritiva. A abordagem qualitativa que consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que permitem aos pesquisadores estudar os fenômenos em seus cenários naturais, possibilitando entender ou interpretar os significados que as pessoas atribuem a eles (VIDICH; LYMAN, 2006).

Já a pesquisa descritiva permite a descrição do objeto investigado possibilitando que este se torne conhecido, e busca a resolução de problemas para melhorar as práticas, por meio da análise e descrição objetiva, utilizando-se de instrumentos para a padronização de técnicas e validação de conteúdo. Nela não há interferência do pesquisador, pois busca somente perceber, com o necessário cuidado, a forma e a frequência com que o fenômeno acontece (TRIVIÑOS, 2009).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo teve como contexto investigativo o CO e a Maternidade do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Correa Júnior (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e o CO e a Maternidade da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG).

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior é um hospital público que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde, tendo como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão e constitui-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde. Caracteriza-se como um hospital de grande porte com 216 leitos, distribuídos nas diferentes áreas: Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica, Maternidade, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e Neonatal, Serviço de Pronto Atendimento (SPA). Possui, ainda, Centro Cirúrgico, CO, Ambulatório com diversas especialidades, Laboratório de Análises Clínicas, Setor de Imagiologia, Lavanderia, Costura, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Farmácia de Manipulação e Dispensação, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Central de Material e Esterilização (CME), Hospital-dia para AIDS, Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro Regional de Gastroenterologia (CIRG), Centro Regional de Pneumologia (CIRP), Ambulatório de Doenças Crônicas e Centro de Oftalmologia. É ainda referência no atendimento da gestação de alto risco.

O CO do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior foi inaugurado no ano de 1992 e transferido para nova área física no ano de 2013, localizando-se no terceiro andar deste hospital, em frente à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e ao lado da Maternidade. Sua área física é composta por uma sala de recepção, uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala para Monitoração Anteparto (MAP), duas salas de Pré-Parto e Parto, três salas de cirurgia obstétrica, duas salas de atendimento/reanimação do recém-nascido (RN), uma sala de banho para o RN, uma sala para observação, uma sala de recuperação pós-anestésica, dois postos de enfermagem, uma sala de prescrição, além de sala de materiais estéreis, expurgo, banheiro, vestiário, copa e sala de estar/descanso para uso dos funcionários. Funciona 24 horas/dia, de forma contínua.

A equipe de enfermagem que atua nesse espaço de trabalho é composta de cinco enfermeiras, três técnicos de enfermagem e dez auxiliares de enfermagem, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo que a noite a jornada de trabalho é de 12/36 horas.

A Maternidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior possui 29 leitos de internação, oito enfermarias com três leitos, dois quartos com dois leitos e um quarto com um leito de precaução respiratória e de contato, sendo todos estes no Sistema de Alojamento Conjunto³, um posto de enfermagem, uma sala para banho do RN, uma sala de prescrição, além de sala de materiais estéreis, expurgo, banheiro, copa e sala de estar/descanso para uso dos funcionários. Funciona 24 horas/dia, de forma contínua.

A equipe de enfermagem que atua na maternidade é composta de quatro enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e 17 auxiliares de enfermagem, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo a noite realizado esquema de 12/36 horas.

A Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande é um hospital filantrópico, de ensino, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde, convênios e particulares, desenvolvendo atividades no campo do ensino e pesquisa, e constituindo-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde. Corresponde a um complexo hospitalar integrado por quatro unidades hospitalares: Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital de Cardiologia; e o de Oncologia. Destas quatro unidades, servirá de contexto investigativo o Hospital Geral, onde se localizam o CO e a maternidade desta instituição.

O Hospital Geral é um hospital de grande porte, com 263 leitos, onde se localiza o

³ Sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (BRASIL, 2011)

serviço de referência de Urgência e Emergência, sendo ainda referência nas áreas de Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Traumatologia e Ortopedia. Atende paciente nas áreas de Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica, Maternidade, UTI Adulto. Possui, ainda, Centro Cirúrgico, CO, Ambulatório com diversas especialidades, e os serviços de apoio como: Banco de Sangue; Raio - X; Cintilografia; Farmácia Central; Laboratório de Análises Clínicas; Lactário; Nutrição e Dietética; CCIH; CME; Almoarifado; Serviço Social e de Psicologia; Lavanderia; Serviço de Educação Continuada; entre outros.

O CO e a maternidade do hospital filantrópico localizam-se no primeiro andar da instituição, e possuem área física interligada, sendo esta composta de uma sala de espera e uma sala de parto normal, duas salas de pré-parto, cada uma contendo dois leitos, uma sala de atendimento/reanimação do RN, uma sala de banho para o RN, um posto de enfermagem, uma sala de prescrição, além de sala de materiais estéreis, sala de materiais, rouparia, expurgo, banheiro, vestiário, copa e sala de estar/descanso para uso dos funcionários. Na maternidade há a disponibilidade de 17 leitos, internando usuárias do SUS e usuárias de planos privados de saúde, sendo cinco quartos contendo dois leitos, uma enfermaria contendo três e uma contendo quatro leitos.

A equipe de enfermagem atua conjuntamente no CO e na maternidade, e é composta de seis enfermeiras assistenciais, uma enfermeira administrativa, 12 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem, as quais atuam como parteiras, distribuídos em quatro turno de trabalho: manhã, tarde, noite I e noite II, sendo a noite realizado esquema de 12/36 horas.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo teve como participantes 14 enfermeiras atuantes no CO e na Maternidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior e da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, havendo uma perda e uma recusa.

Foram inclusas as enfermeiras que atuavam exclusivamente no CO e/ou Maternidade; não estavam de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da pesquisa.

Foram excluídas do estudo as enfermeiras que não atuavam exclusivamente no CO e/ou Maternidade, folguistas ou feristas; e as enfermeiras que estavam de atestado, licença saúde ou licença maternidade no momento da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com questões que abordavam as inter-relações existentes entre a efetivação do PHPN e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros, de modo a atender os objetivos desta pesquisa (APENDICE A).

A entrevista como método de coleta de dados permite investigar a profundidade do material verbal, uma vez que a fala é relativamente espontânea e a subjetividade muito presente. É utilizada pela riqueza de conseguir revelar valores de representações, emoções, afetividade e afloração do inconsciente do sujeito quando se deseja a exploração profunda das informações (BARDIN, 2011).

A entrevista semiestruturada contou de duas partes, a primeira com questões fechadas contendo os dados de identificação dos participantes, para uma breve caracterização destes, e a segunda parte com questões norteadoras abertas, proporcionando que os participantes pudessem manifestar seus pontos de vista, sentimentos e percepções.

A entrevista foi agendada previamente com os participantes da pesquisa e foi realizada no ambiente de trabalho do pesquisado, em dia e horário de comum acordo entre eles e o coletador de dados. Para garantir a fidedignidade das falas, as entrevistas foram registradas por gravações em MP3, mediante a autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B) e, logo após, transcritas, tendo início imediatamente o processo de análise dos dados. As gravações estão guardadas junto ao grupo de pesquisa Viver Mulher, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora do estudo, por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo e garantido a confidencialidade dos dados. Após esse período, serão incinerados.

A coleta de dados foi realizada pelo mestrando, autor deste estudo. Este apresentou o estudo e seus objetivos aos participantes e os convidou a fazer parte do mesmo. Havendo concordância, o TCLE foi entregue a eles, assinado em duas vias, e deu-se início a coleta de dados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, baseada em Bardin (2011), que consiste em uma técnica de análise que trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto. Na Análise de Conteúdo o texto é um meio de expressão do participante e, a partir deste, são categorizadas as unidades de registro, palavras ou frases, que se repetem e inferem uma expressão que as

representem (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo costuma ser feita através do método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas, a partir da construção de categorias que emergem dos temas presentes no texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento (BARDIN, 2011).

Tal técnica compõe-se de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira etapa foi realizada a leitura flutuante e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação, observando as regras da representatividade, homogeneidade e exaustividade. Na segunda etapa, os dados foram codificados a partir das unidades de registro, sendo verificada a frequência destes elementos, observando sua pertinência e exclusividade. Na última etapa, os dados foram categorizados, ou seja, os elementos foram classificados, segundo suas semelhanças e suas diferenciações, com posterior reagrupamento de modo semântico, a partir dos temas e características comuns (BARDIN, 2011).

Esta análise foi feita à luz do referencial teórico deste estudo e baseada em autores que discutem a temática em questão, incorporando o significado e a intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas assistenciais ao parto, favorecendo sua compreensão e imersão nos sentidos atribuídos às cargas de trabalho e suas inter-relações com a assistência e humanização do parto.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos concernentes às pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados para a realização da pesquisa. Esta resolução traz, como respaldo do indivíduo e da coletividade, quatro referências básicas de bioética: autonomia, não maleficência, benefícios e justiça, normatizando os direitos e deveres referentes à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e o Estado.

Inicialmente, o estudo foi submetido ao Comitê de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, para apreciação deste comitê e da Direção da Escola de Enfermagem. Posteriormente o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da FURG (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande e da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, obtendo em ambos, parecer favorável sob os respectivos números de protocolo 46/2015 (ANEXO A) e 029/2015 (ANEXO B). Após, buscou-se a autorização da Direção dos hospitais envolvidos para iniciar a coleta de dados.

Aos participantes da pesquisa foi entregue o TCLE, prestando esclarecimentos quanto ao estudo proposto, convidando-os a participar; explicando os objetivos e a metodologia proposta; e solicitando seu consentimento por escrito para participar da pesquisa. Além disso, foi assegurado o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o direito a privacidade, garantindo o respeito e o anonimato dos sujeitos. Este documento foi assinado pelos pesquisadores e pelo (a) participante, ficando uma cópia com o participante e outra com os pesquisadores.

Após a aprovação do projeto pelos comitês de ética envolvidos e da autorização da Direção dos dois hospitais, realizou-se o convite aos enfermeiros para participarem do estudo e teve início a fase de coleta de dados. Foi esclarecido aos participantes da pesquisa sobre a possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si. Igualmente, assegurou-se aos participantes que, mesmo após a admissão no estudo, podiam abandoná-lo ou retirar sua entrevista da análise a qualquer momento se assim o desejarem. Foi, ainda, solicitado o consentimento para divulgação dos dados de forma anônima.

Para assegurar o anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra “E”, referente a enfermeiro, seguindo de número da entrevista, em ordem crescente, ex: “E1, E2 ...”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentam-se dois artigos científicos emergidos dos resultados obtidos na pesquisa. O primeiro apresentado intitula-se: “**CARGAS DE TRABALHO E AS INTER-RELAÇÕES COM O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**”. Sua elaboração seguiu as diretrizes da Revista Texto & Contexto Enfermagem⁴ (ANEXO C), estrato Qualis A2.

O segundo artigo possui ênfase nas CT psíquicas, que se destacaram nos resultados obtidos, intitulado: “**CARGAS DE TRABALHO PSÍQUICAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DE MATERNIDADES E CENTROS OBSTÉTRICOS**”, foi construído segundo as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem⁵ (ANEXO D), estrato Qualis B1.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 14 enfermeiras, com idades que variaram de 24 à 53 anos. Cinco participantes eram casadas e nove solteiras. Quatro enfermeiras possuíam filhos.

Das 14 enfermeiras, quatro trabalhavam em duas instituições de saúde, porém estas não atuavam em COs e Maternidades nas outras instituições. Em relação aos anos de formação, duas possuíam graduação em enfermagem há um ano ou menos; cinco estavam formadas à três anos; quatro eram formadas na faixa dos cinco à dez anos; e três possuíam formação há mais de dez anos.

Duas participantes possuíam especialização na área da Saúde da Família; duas na área de Saúde do Trabalhador; uma em Gestão em enfermagem; uma em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva; e uma Enfermagem em Urgência e Emergência. Duas participantes estavam cursando especialização na área de Saúde da Mulher.

Em relação ao tempo de atuação nos ambientes estudados, nove atuavam nos COs e Maternidades por um período igual ou inferior há um ano; uma atuava há dois anos; duas atuavam há três anos, uma atuava há seis anos e uma há nove anos.

⁴ Diretrizes de elaboração do manuscrito disponíveis no site: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/preparo-dos-manuscritos/>

⁵ Diretrizes de elaboração do manuscrito disponíveis no site: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#onlineSubmissions>

5.2 ARTIGO 1

CARGAS DE TRABALHO E AS INTER-RELAÇÕES COM O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

WORKLOAD AND INTER-RELATIONS HUMANIZATION PROGRAM PRENATAL AND BIRTH

CARGAS DE TRABAJO E SUS INTERRELACIONES CON EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DE PRENATAL Y EL PARTO

Heitor Silva Biondi⁶

Eliana Cardia de Pinho⁷

RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer a inter-relação entre a implementação de práticas assistenciais propostas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e as Cargas de Trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades. Estudo de natureza qualitativa descritiva, desenvolvido com 14 enfermeiros de dois Centros Obstétricos e Maternidades. Os dados foram coletados por meio de entrevista e explorados com base na Análise de Conteúdo. Os resultados foram descritos a partir das categorias: A atenuação das cargas de trabalho; e A potencialização das cargas de trabalho. Os mesmos tipos de cargas de trabalho se mostraram com potencial de serem atenuados e potencializados pela implementação de práticas propostas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Descritores: Carga de Trabalho; Humanização do Parto; Administração de serviços de saúde; Assistência Perinatal; Enfermagem

ABSTRACT

This study aimed to understand the interrelationship between the implementation of care practices proposed by the Program for Humanization of Prenatal and Birth and Workloads in the labor process of Obstetric and Maternity Centres nurses. Study descriptive qualitative nature, developed with 14 nurses from two Obstetric and Maternity Centres. Data were collected through interviews and explored based on content analysis. The results were described from the categories: Attenuation of workloads; and the potentiation of workloads. The same types of workloads have shown the potential to be mitigated and enhanced by implementing practices proposed by the Program for Humanization of Prenatal and Birth.

Descriptors: Workload; Humanizing Delivery; Health Services Administration; Perinatal Care;

⁶ Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande-RS. E-mail: enf.heitor@gmail.com

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul Câmpus Rio Grande, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande-RS. E-mail: gama@vetorial.net

Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la interrelación entre la aplicación de las prácticas de atención propuesto por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento y cargas de trabajo en el proceso de trabajo de las complicaciones obstétricas y enfermeras Centros de maternidad. Estudio de naturaleza cualitativa descriptiva, desarrollado con 14 enfermeros de dos Centros de Parto y maternidad. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y exploró basan en el análisis de contenido. Se describieron los resultados de las categorías: La atenuación de las cargas de trabajo; y la potenciación de las cargas de trabajo. Los mismos tipos de cargas de trabajo han demostrado el potencial de ser mitigado y mejorado mediante la implementación de prácticas propuestas por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento.

Descriptor: Carga de Trabajo; Parto Humanizado; Administración de los Servicios de Salud; Atención Perinatal; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No ano de 2000 foi lançado, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reorganizar a assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, orientar as práticas assistenciais, ampliar o acesso, garantir a qualidade e a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Este apresenta como características o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporadas como diretrizes institucionais.¹

A implantação do PHPN pode ser considerada um divisor de águas, pois permitiu o diálogo requerido sobre a mudança de condutas e de procedimentos adotados nos serviços, e da visão destes sobre a mulher, suas necessidades e direitos, uma vez que o programa prioriza o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas, valorizando e dando voz à mulher.²

Entendendo o PHPN como orientador do Processo de Trabalho (PT) na assistência ao nascimento, tem-se a criação de inúmeras possibilidades para sua concretização, efetivando um processo que compreende o objeto do seu trabalho, a mulher, não mais como um ser passivo, mas como ator principal desta ação. Tal processo concretiza-se, dentre outros aspectos, por meio da adoção de novas formas de atuação, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença do acompanhante, incentivo do protagonismo da mulher, dentre outros; e do abandono de condutas comprovadamente inadequadas, como uso rotineiro da ocitocina, posição de litotomia, restrição hídrica e alimentar, dentre outros.

Nesta nova conjuntura proposta pelo PHPN, concretizada pelas mudanças no PT já existente, os trabalhadores mudam de posição, deixando de serem atores principais,

transformando suas necessidades e atuações. No contexto de transformação da assistência, podem modificar-se também os elementos que interagem constante e dinamicamente entre si e o trabalhador e que geram desgaste nestes. Tais elementos consistem nas Cargas de Trabalho (CT), compreendidas, neste estudo, com base no referencial de Laurell e Noriega.³

Segundo o referencial adotado, as CT podem ser divididas em diferentes tipos: as CT de materialidade externa ao corpo, como as físicas, químicas, biológicas e mecânicas, que, ao interagirem com o corpo produzem desgaste; e as CT de materialidade interna, que somente assumem materialidade no corpo ao exprimirem alterações em seus processos internos, são as CT fisiológicas e psíquicas.³

O desgaste físico e psíquico oriundo das CT se manifesta nos trabalhadores de enfermagem de modo particular,⁴ uma vez que diferentes tipos de CT estão presentes no PT da enfermagem e podem emergir de distintos contextos, como o contato constante com a dor e o sofrimento, dos imprevistos da prática assistencial, da constante adaptação a novas tecnologias⁵ e das características da organização do trabalho, onde se destaca a divisão parcelar do trabalho, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas sob o controle gerencial do profissional de nível superior.⁶

Ao orientar as práticas assistenciais humanizadas desenvolvidas em Centros Obstétricos (COs) e Maternidades, por meio do abandono do modo tradicional de assistência e de práticas inadequadas, prejudiciais ou ineficazes e o estabelecimento de novas práticas, que incluem adoção de novas condutas, posturas e formas de trabalho, o PHPN pode modificar os aspectos que tangenciam as CT neste novo PT que passa a se efetivar.

Na literatura existem diversos estudos⁴⁻⁶ que abordam as CT ou a implementação do PHPN, porém não se encontram pesquisas nacionais e internacionais que articulem estes dois aspectos. Com base no exposto surge a importância deste estudo, que teve como objetivo conhecer a inter-relação existente entre a implementação de práticas assistenciais propostas pelo PHPN e as CT presentes no processo de trabalho de enfermeiros de COs e Maternidades.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa descritiva, que teve como cenário investigativo o CO e a Maternidade de dois hospitais de grande porte localizados no sul do país, sendo um hospital filantrópico e um hospital universitário. Participaram do estudo 14 enfermeiros, havendo uma perda e uma recusa, no universo total de trabalhadores atuantes nos referidos ambientes. O critério de inclusão foi atuar unicamente na Maternidade e/ou no CO, sendo critério de exclusão a não atuação exclusiva nestes ambientes ou estar afastado no período da coleta de dados, por

motivos de férias e licenças diversas.

A coleta de dados, realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016, efetuou-se por meio de entrevista semiestruturada, sendo o roteiro composto dos dados de caracterização dos participantes e questões abertas sobre o foco de interesse do estudo como: CT, processo de trabalho, implementação do PHPN e as relações entre estas variáveis. As entrevistas ocorreram no ambiente de trabalho dos enfermeiros, em dias previamente agendados, após a apresentação dos objetivos do estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo as mesmas gravadas após prévia autorização e, posteriormente, transcritas. O anonimato foi mantido, sendo conferido um codinome através da letra E, seguida pela numeração, de acordo com a ordem de realização das entrevistas: E1, E2, sucessivamente.

As entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo, que compõe-se de três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Durante a pré-análise, realizou-se leitura flutuante e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. Na exploração do material, os dados foram codificados a partir das unidades de registro, observando sua pertinência e exclusividade. Na última etapa, foram categorizados, com agrupamento de modo semântico⁷ e explorados com base no referencial de Laurell e Noriega sobre cargas de trabalho e o PHPN.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde das instituições envolvidas, obtendo em ambos, parecer favorável sob os respectivos números de protocolo 46/2015 e 029/2015, sendo respeitados os aspectos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

As falas dos enfermeiros sobre a reorganização do PT norteada pela adoção das práticas descritas pelo PHPN demonstram heterogeneidades no que se refere à interação e às influências das distintas CT, tanto de materialidade interna quanto externa, no seu trabalho.

Os elementos emergentes da análise dos dados estão descritos nas categorias: A atenuação das Cargas de Trabalho; e A potencialização das cargas de trabalho.

A atenuação das cargas de trabalho

Diferentes aspectos desencadeados pela implementação do PHPN contribuem para o processo de atenuação das CT de materialidade interna e externa. Dentre as CT de materialidade externa atenuadas pela adoção de práticas humanizadas estão as CT biológicas. A atenuação revela-se como consequência da redução de procedimentos invasivos com potencial de exposição a material biológico:

Das biológicas melhorou, porque toda hora tinha que estar fazendo medicamento na paciente e isso fazia a gente se expor mais. (E10);

A satisfação do trabalhador em relação à assistência prestada também é explicitada como elemento atenuador das CT de materialidade interna, no que se refere às CT psíquicas:

[...] diminuiu muito, porque eu sei que eu estou fazendo um bem, o que é correto. (...) no momento que tu sabes o que deve e o que não deve ser feito, fica mais fácil. Olha: “isso pode ser feito, isso não é para ser feito sempre e isso não pode ser feito” e tu tens aquilo organizado mentalmente, tu consegues subdividir e fazer com que as coisas que não devem acontecer, aconteçam o mínimo possível. Tu te sentes muito importante, porque tu vêes que estás fazendo as práticas certas, que tu estás conseguindo botar em prática a política. É muito satisfatório! [...] (E2);

Eu me sinto mais satisfeita, porque eu faço um trabalho bem feito e isso é satisfação profissional, isso reduz o desgaste psíquico (...) isso é consequência da humanização. Essa satisfação vem de ter realmente humanizado o parto. (...) quando eu entrei para trabalhar no CO, o enfermeiro executava procedimentos, preenchia Declaração de Nascido Vivo, só gerenciava, via se tinha material, fazia sondagem e atendia as urgências. Hoje não, hoje eu presto assistência de enfermagem dentro do CO. Hoje eu atuo dentro do CO, é diferente e eu quero atuar muito mais. Obviamente isso desgasta fisicamente muito mais. Mas é para isso que eu estou aqui. Eu trabalho mais, mas eu acho que a assistência é muito melhor. (E5);

[...] Antes, quando a paciente internava, já davam ocitocina. A paciente gritava, se descabelava, o familiar lá fora estressado, a paciente estressada aqui dentro. (...) as coisas estavam sendo forçadas e era muito mais sofrido para a paciente e para a gente. Agora tu vêes muito menos isso. Antes, a paciente não queria nem olhar para a criança, porque o trabalho de parto tinha sido tão difícil, tão doloroso e ela sozinha, sem acompanhante. As coisas eram muito mais pesadas, os trabalhos de parto eram mais difíceis, porque tu acabavas forçando uma coisa que não era natural e aí levava a uma cascata de consequências. Então com o programa, tudo isso melhorou muito. O estresse que isso causava não existe mais, com certeza. (E10)

A avaliação positiva da mulher e de sua família em relação ao cuidado humanizado propiciado às mesmas revela-se como atenuador das CT psíquicas:

[...] se a paciente for atendida de uma forma humanizada, sair satisfeita com o atendimento que recebeu, a familiar sair feliz, essa carga psíquica [...] não existe. [...] (E1);

[...] fazer com que aquela experiência fosse o menos traumática possível [...] é muito importante, eu acho que isso é o que me motiva a trabalhar com obstetrícia. [...] Tu ouvir de uma paciente que ela não esperava que o parto dela fosse assim, que doeu, mas que foi bom, é muito bom, é o mais recompensador possível. [...] (E2);

[...] Quando o paciente te agradece por quem tu fostes, como tu fostes importante, que te diz: “tu vais ficar eternamente no álbum do meu filho”, até me arrepio, é muito bom. É isso que faz ser gratificante, é isso que faz valer a pena [...] (E4)

A forma como a relação interpessoal entre os trabalhadores e as mulheres e seus familiares se processa durante a assistência pode ser motivo de satisfação, levando a atenuação das CT psíquicas:

[...] eu acho que a interação com os familiares é uma coisa positiva, tudo isso é muito positivo, deixou o trabalho mais prazeroso, fez a gente relaxar um pouco no trabalho, as coisas fluírem naturalmente. [...] até a interação com a paciente é muito mais saudável, muito mais gostosa, as coisas são muito mais tranquilas na relação com a mulher e com o acompanhante, e muito mais naturais [...] (E10)

Aspectos referentes ao pré-natal aparecem como contribuintes para a atenuação das CT psíquicas dos enfermeiros atuantes em maternidades e CO. Este fato relaciona-se com o preparo da mulher para o enfrentamento do parto ainda durante o pré-natal:

[...] em questão de carga psíquica, a política diminui essa carga. Porque tu acabas dispondo de vários períodos para poder ensinar a mulher a fazer várias coisas. Então tu tens um pré-natal mais prolongado, com mais assistência, com mais informações. Quando ela chega ao parto, ela está mais instruída sobre o que vai acontecer [...] diminui no momento que uma mulher chega instruída, sabendo do seu poder de se empoderar, sabendo o que é um trabalho de parto, sabendo o que vai acontecer, diminui 50% meu trabalho. (E2)

A atenuação conjunta das CT de materialidade interna psíquica e fisiológica com as CT de materialidade externa mecânica também foi elencada. Esta aparece como consequência da satisfação profissional na realização de práticas humanizadas e da não execução de práticas assistenciais prejudiciais ou ineficazes durante o nascimento:

[...] dói as costas, dói o joelho, estressa, dá pico hipertensivo, mas nada é mais recompensador do que um muito obrigado depois de um trabalho de parto (...) e saber que isso ajudou aquela mulher é muito recompensador. Então, reduz, porque tu acabas esquecendo que doeu teu joelho, esquecendo que doeu tuas costas no momento que tu vês uma mãe com a criança no colo e tu vês que aquela experiência foi boa para ela. (E2)

A Potencialização das Cargas de Trabalho

Distintos elementos que tangenciam a implementação do PHPN potencializam CT de materialidade interna e externa. Para alguns enfermeiros, humanizar o nascimento origina a acentuação das CT biológicas. Este aspecto emerge da proximidade física existente entre as usuárias e o enfermeiro durante a assistência.

Tem muitas vezes [...] as biológicas, porque tu não sabes o que aquela paciente tem, se vai entrar em isolamento, e tu já ficastes junto, tivestes contato [...] (E7)

As CT mecânicas também foram elencadas como potencializadas pelo PHPN. As falas revelam que este processo está associado a questões estruturais:

[...] acaba aumentando a carga mecânica, porque tu acabas fazendo, demandando um pouco mais de força, posicionar, de posição para ajudar a mulher. [...] Eu sei que eu

estou mal posicionada, mas eu estou mal posicionada por questão da estrutura [...] (E2)

[...] para fazer certas coisas aumenta a carga mecânica, porque tu fazes mais força e ficas numa posição que realmente não é confortável. (E7)

A resistência de alguns trabalhadores em mudar suas concepções e comportamento pessoais e profissionais com vistas à elaboração de um novo constructo de atuação profissional e dos processos de trabalho de modo a efetivar a humanização da assistência ao nascimento, também se revela como potencializador do desgaste psíquico no próprio trabalhador e nos demais membros da equipe.

O meu desgaste maior é porque que uns conseguem se adaptar e outros não. Parecem uns pré-históricos que acham que aquilo que é certo, porque ele aprendeu daquela forma. Mas as coisas mudam. [...] Então assim, tem coisinhas assim, pessoas pré-históricas não querem aceitar a evolução das coisas [...] (E6);

Eu acho que o que me desgastou bastante foi a minha mudança pessoal e profissional para realmente me tornar alguém que humaniza. Eu entender o quanto eu precisava mudar foi muito desgastante, e hoje em dia perceber o quanto eu mudei, é uma coisa que me deixa muito feliz. Eu resisti muito, foi muito difícil. Eu relutei, relutei e quando eu me dei conta eu tinha mudado. E perceber em outros profissionais essa resistência, hoje em dia é uma coisa que me dói muito. Eu acho triste quando eu vejo um profissional tendo uma postura diferente da minha, uma postura desumanizada. Acho triste. (E5)

As fragilidades em relação do pré-natal, bem como a sua desvinculação com o momento do nascimento também é destacado como potencializador das CT psíquicas:

Na grande maioria das vezes, os profissionais que atendem essas pacientes não sabem fazer o pré-natal. Tu pegas aqui uma carteirinha de pré-natal cheia de coisa escrita, mas vazia de coisas relevantes. Então não adianta nada ter 12 consultas de pré-natal, num pré-natal mal feito. E aí, nisso, tem pré-natal particular, de convênio, de posto, feito por enfermeira e feito por médico. Não adianta nada se durante todo período pré-natal não atenderam direito essa paciente. Então a humanização já vem errada lá da ponta. (E5)

Acho que um parto humanizado depende desde a primeira consulta no pré-natal. Às vezes chegam pacientes aqui que não tem noção do que vai acontecer, por isso já tem que ser desde a primeira consulta, de estar ciente do que vai passar. Dai a gente tem que ficar explicando tudo e tu tens outras coisas para fazer, não tem como ficar só ali. [...] Ah, da mulher não saber as coisas, de não ter noção do que vai acontecer. (E13)

O quantitativo insuficiente de trabalhadores de enfermagem, que se configura como potencializador das CT mecânicas, também se revela como desencadeador de CT psíquicas, em especial quando as atribuições do enfermeiro excedem sua capacidade de executá-las, levando ao desgaste psíquico. Este desgaste também está relacionado ao aumento das atividades e atribuições incluídas ao PT dos enfermeiros e à necessidade de permanecer junto à paciente e ofertar orientações, em detrimento de outras atividades:

Eu acho que ele aumenta, por que a gente tem que prestar mais atenção em todas as etapas. Eu não posso simplesmente pegar um papel e escrever todos os cuidados que eu recomendo que tenham com a paciente, não. Se eu vou fazer o que manda o PHPN, eu vou ter que ir lá ver essa paciente, eu vou ter que conversar com ela, avaliar, examinar, ter que prescrever o que tem ser feito conforme o programa; então eu vou destinar mais tempo para essa paciente. Mas eu acho que se justifica. É assim que tem que ser. Mas isso, com certeza, aumenta o que eu tenho que fazer e o meu desgaste [...] (E1)

Tem que oferecer mais tempo para cada paciente, e por isso as coisas se tornam mais corridas. Porque para poder dedicar mais tempo para a mulher, tu acabas atrasando outras coisas, tu deixas de pedir o material, de fazer o curativo, daí atrasa tudo. A única coisa que eu acho que aumenta de carga no trabalho. [...] só aumentou, porque tem muito mais coisa para fazer que antigamente. Tem que colocar a mulher na bola, tem que fazer o teste rápido, tem que ficar cuidando para ver se o acompanhante está bem, porque tem uns que desmaiam [...] (E11);

[...] a medida que a enfermagem assume outras práticas que são preconizadas e que contribuem para a evolução do trabalho de parto, com medidas de alívio da dor, por exemplo, eu preciso de mais tempo e de mais pessoal para atender isso, se eu tiver esse pessoal é tranquilo, mas se eu não tiver, como é o caso agora, isso vai sobrecarregar e eu acredito que não vai funcionar. (E14)

DISCUSSÃO

A atenuação ou potencialização das CT em virtude da implementação das práticas assistenciais propostas pelo PHPN no PT de enfermeiros de COs e Maternidades demonstrou-se heterogênea. Todavia, mesmo havendo a participação de enfermeiros de dois hospitais distintos, um filantrópico e um universitário, não houveram diferenças nos conteúdos elencados em relação as CT e o PHPN nos dois hospitais.

Das CT de materialidade externa, ou seja, dos elementos externos presentes no PT e que desencadeiam o desgaste em sua interação com o trabalhador,³ foram atribuídos ao PHPN a atenuação e a potencialização das CT biológica e mecânica, sendo esta variação dependente do contexto de interação e de associação com outras CT.

As CT biológicas dizem respeito à possibilidade de exposição e interação do trabalhador a inúmeros microrganismos e vetores que possuem o potencial de alterar ou interferirem negativamente nos processos corporais.³ Sua atenuação parece estar associada à tentativa de evitar práticas intervencionistas que, conforme exposto pelo PHPN,⁸ não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e podem trazer maiores riscos à estes. Os resultados corroboram com o revelado na literatura, sendo que, para enfermeiros, o alcance da assistência humanização perpassa, dentre outros aspectos, pela redução de intervenções e procedimentos invasivos evitáveis ou desnecessários.⁹

A perspectiva da potencialização das CT biológicas emerge do maior contato e

aproximação do enfermeiro com a mulher. Porém, tal prática faz-se necessária compreendendo que o contato físico é um relevante fator de conforto que transcende as barreiras entre o trabalhador e a usuária, e estabelece uma relação de confiança e apoio emocional, criando um ambiente de cuidado e conforto que, através de gestos de maior aproximação, potencializam o poder vital da mulher, facilitando o trabalho de parto e parto.¹⁰ Não somente, é papel do enfermeiro a execução do cuidado, havendo ao seu alcance dispositivos que minimizam os possíveis desgastes oriundos das CT biológicas.

Infere-se que o apontamento das CT biológicas somente no contexto da realização procedimentos com possibilidade de exposição a fluídos corporais, bem como com a maior proximidade física entre o enfermeiro e a mulher, demonstra uma compreensão limitada destas cargas em seu processo de trabalho. Tal aspecto parece revelar, ainda, uma visão fragmentada do processo de trabalho, dos ambientes onde este processo se faz e das CT presentes no próprio ambiente.

Receberam destaque nas falas dos enfermeiros as CT mecânicas. Estas CT são as que possuem potencial de causarem lesões no corpo do trabalhador, tais como contusões, fraturas,³ feridas e lesões em geral⁵ e estão intimamente ligadas com as tecnologias utilizadas no trabalho, com as condições materiais, ambientais e de equipamentos.³

A potencialização das CT mecânicas no contexto da humanização do nascimento revelou-se relacionada ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e ao aumento de atividades assistenciais, acentuadas por aspectos estruturais e físicos do ambiente de trabalho. Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor¹¹ que parecem estar relacionados à potencialização das CT mecânicas no contexto investigado destacam-se a massagem, os banhos de aspensão e o uso da bola suíça. Não obstante, o uso de tais práticas é considerado de extrema importância, abarcando a dimensão do conforto físico como medida de apoio.¹²

A compreensão de que há aumento das atividades assistenciais desenvolvidas pelo enfermeiro, pode ser consequência da fragmentação do PT, onde cada componente da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, presta parte da assistência de saúde separado dos demais, compartimentalizando o trabalho de enfermagem e, muitas vezes, duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias.⁶ A acentuação das CT mecânicas, no que tange o aumento das atividades assistenciais pode perpassar, ainda, o desenvolvimento do trabalho de modo rotineiro, mecânico e repetitivo, o que pode comprometer a assistência e gerar processos de desgaste físicos e psíquicos os quais podem acarretar a perda ou a redução da capacidade de produzir.¹³

Já a atenuação das CT mecânicas parece estar relacionada com a satisfação dos

trabalhadores com a assistência desenvolvida, sendo este o elemento que também atenua as CT de materialidade interna: fisiológicas e psíquicas. Infere-se que a satisfação neste contexto relaciona-se com a possibilidade da efetivação do nascimento de modo mais natural e sem intervenções, e com o contentamento da mulher e seus acompanhantes em relação a este processo e a assistência recebida, fazendo com que os esforços e suas consequências sejam sentidos de modo amenizado.

As CT fisiológicas são emanadas do esforço físico, tais como o posicionamento inadequado, as alternâncias de turnos e até mesmo a sobrecarga de trabalho, situações estas que manifestam seu potencial negativo através do corpo do próprio trabalhador.³ No contexto apresentado, estar satisfeito no trabalho é um aspecto de grande relevância e traduz-se em gostar do que se faz, tornando-se, portanto, fundamental na concretização e eficácia do PT.¹⁴ A satisfação no trabalho pode influenciar o trabalhador no que tange aos aspectos de sua saúde física e mental, a relação do trabalhador com a organização,¹⁵ bem como afetar a assistência e o trabalho em equipe, trazendo implicações para o objeto de trabalho da enfermagem.¹⁴

A atenuação das CT psíquicas, que adquirem materialidade somente através dos processos psíquicos e corporais humanos, ou seja, não possuem existência senão por meio da relação existente entre os trabalhadores e os elementos constitutivos do seu PT, perpassando desde aspectos de ambiência, chegando até as interações entre os sujeitos.³ Em virtude das relações interpessoais entre o trabalhador, a mulher e seus familiares revela-se como consequência de processos interacionais harmoniosos e horizontais, compreendidos como essenciais ao processo de humanização do nascimento.¹⁶ Considerando que os trabalhadores são coadjuvantes da experiência do nascimento, os mesmos têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher, do bebê e da família e, por meio das relações interpessoais, podem minimizar a dor, proporcionar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer,¹ tendo as relações como um importante instrumento.

A humanização do parto proposta pelo PHPN pressupõe uma relação de respeito durante o processo de parto, compreendendo que é dever dos serviços de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores e, ainda, a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.⁸

Todavia, relações conflituosas também ocorrem no contexto do nascimento e, ao serem vivenciadas pelos enfermeiros, acabam potencializando as CT psíquicas. A literatura revela que frequentemente os trabalhadores assumem uma postura autoritária e que, geralmente, se apresentam como donos da verdade e do saber, criando inúmeras barreiras que dificultam uma

relação de confiança, credibilidade e respeito aos direitos da mulher como cliente e cidadã.¹⁷

Outro aspecto revelado refere-se a avaliação positiva da mulher enquanto elemento atenuador das CT psíquicas que parece ser consequência do constructo de ações que buscam a humanização, entendido na literatura como estímulo ao protagonismo da mesma, respeito à fisiologia do parto e à privacidade dos envolvidos.¹⁸ Neste sentido, as medidas de apoio referentes a intermediação, com a finalidade de interpretar os desejos da usuária, acolhe-los e negociá-los, se necessário,¹² são primordiais para a satisfação em relação à assistência. Estudo desenvolvido com parturientes atendidas em maternidades públicas e privadas revelou que as questões clínicas e a utilização de tecnologias na assistência ao nascimento são menos importantes do que a forma como são tratadas, apoiadas pela equipe e de como o processo do parto é conduzido.¹⁹

A efetivação da assistência em consonância com o proposto pelo PHPN, o que inclui a inexecução de práticas não recomendadas, prejudiciais ou ineficazes revela-se como atenuador das CT psíquicas. Infere-se que esta é consequência da compreensão dos aspectos científicos orientadores das práticas humanizadas, da efetivação do cuidado de forma integral, da maior atuação dos enfermeiros na assistência e dos desfechos positivos propiciados por esta forma de assistência.

Todavia, quando as práticas não recomendadas acabam sendo executadas durante a assistência, avigoram as CT psíquicas. A literatura revela que são frequentes os atos de violência obstétrica cometida contra as mulheres por meio de palavras, expressões de ironia, procedimentos invasivos, condutas inadequadas, coerção, ameaça, entre outros.²⁰ Nesta mesma perspectiva de práticas desumanizadas está a não permissão da presença do acompanhante e a compreensão da presença do mesmo como mais uma demanda para ser atendida. A presença e participação deste novo ator na sala de parto muitas vezes não são entendidas como um direito, mas como algo que demandaria uma preparação anterior e conhecimentos mínimos sobre o processo de nascimento, a fim de não interferir na assistência ofertada e no trabalho da equipe de saúde.²¹

Não obstante, presenciar tais atos levam os trabalhadores a sentimentos de descontentamento e impotência frente a tantas cenas humilhantes, levando-os à grande conflito e angústia. Todavia, tal paradigma também contribui para que tais trabalhadores reflitam sobre o atendimento que gostariam de oferecer às parturientes, e, conseqüentemente, procurem um novo caminho de atuação.²⁰ Porém, este processo de reflexão pessoal também pode ser causador de desgaste psíquico, perpassando a mudança de atitudes e posturas.

As CT psíquicas foram, em distintos contextos, acentuadas ou potencializadas em virtude

da articulação ou desarticulação do pré-natal com o momento do nascimento, respectivamente. A existente desarticulação entre estes dois momentos, aspecto revelado também pela literatura,²² parece intensificar as CT psíquicas devido a falta de registros pertinentes na carteira de pré-natal e pelo desconhecimento e despreparo da mulher acerca das situações a serem enfrentadas durante o nascimento. No que tange a atenuação das CT psíquicas, esta se refere à qualidade das ações educativas desenvolvidas durante o pré-natal. Nesta perspectiva, a mulher, ao chegar ao momento do nascimento, encontra-se instrumentalizada para a vivência do mesmo, empoderando-se e afastando-se de posturas de subordinação, o que parece trazer maior satisfação ao trabalhador.

Entretanto, para a efetivação da articulação entre o pré-natal e o nascimento, bem como do modelo ideal de assistência orientado pelo PHPN, faz-se preciso que todas as categorias profissionais estejam sensibilizadas e dispostas a participar da construção desse novo paradigma de assistência, para que, de forma harmônica e dialética, a humanização do nascimento torne-se realidade.¹⁷

Também houve potencialização das CT mecânicas quando associadas às CT psíquicas, como consequência das atribuições assistenciais e gerenciais do PT dos enfermeiros, associadas ao quantitativo de trabalhadores de enfermagem insuficiente. Tal aspecto relaciona-se com o elevado número de atribuições que suplantam a capacidade de execução, levando o enfermeiro a priorizar atividades em detrimento de outras, o que parece comprometer a qualidade da assistência.

A literatura demonstra que a necessidade de conciliar estas duas dimensões do trabalho é o aspecto que leva os enfermeiros a considerarem as CT excessivas.²³ Vislumbra-se frequentemente a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial, o que pode comprometer a qualidade da assistência e gerar conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde.²⁴ Conforme revela estudo desenvolvido na Espanha, a organização do trabalho hospitalar encontra-se cada vez mais dependente do enfermeiro, o qual adota na rotina de ações o gerenciamento do setor, dos recursos materiais e a organização do trabalho em saúde, ações estas executadas em demasia. Além disso, a multiplicidade de funções os impede de desenvolver atividades assistenciais, traduzida como distanciamento da finalidade do trabalho do enfermeiro, indo de encontro à satisfação no trabalho.¹⁴

Não somente, o desenvolvimento de um novo modelo de assistência por meio da implantação de um Programa ou Política Pública pode tornar-se improdutivo, quando este possuir apenas caráter de burocracia a ser institucionalizada, e não resultar e/ou não preceder de

uma alteração nas práticas dos serviços de saúde e dos processos de trabalho, na melhoria da qualidade de vida das usuárias e das condições de trabalho dos profissionais.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível conhecer que a implementação do PHPN relaciona-se tanto com a atenuação quanto a potencialização das mesmas CT no que tange o PT dos enfermeiros de COs e Maternidade, sendo o contexto de interação com estas o responsável pela variação.

Das CT de materialidade externa receberam destaque as biológicas e as mecânicas. A potencialização das CT biológicas emerge do maior contato e proximidade entre trabalhador e a usuária, e a atenuação relaciona-se à redução de procedimentos invasivos. Já as cargas mecânicas são potencializadas pelo maior esforço e aumento das demandas assistenciais e atenuadas em virtude da satisfação profissional com a efetivação da assistência de modo humanizado.

A satisfação também se revelou como atenuadora das CT de materialidade interna psíquica e fisiológica. Outros aspectos como a inexecução de práticas não recomendadas, o estabelecimento de relações interpessoais harmoniosas, a avaliação positiva da mulher em relação à assistência recebida e a percepção de que houve adequado preparo da mulher durante o pré-natal para a vivência do nascimento, despontaram como atenuadores das cargas psíquicas.

A acentuação das cargas psíquicas é consequência do aumento das atividades e atribuições ao enfermeiro, principalmente quando estas excedem sua capacidade de executá-las, à necessidade de permanecer junto à paciente e ofertar orientações em detrimento de outras atividades, a resistência de alguns trabalhadores em mudar suas concepções e comportamentos pessoais e profissionais diante das orientações do PHPN e as consequências das fragilidades do pré-natal no momento do nascimento.

Em virtude de o estudo ter sido realizado em apenas dois hospitais do país, a realidade retratada pode apresentar singularidades do contexto estudado, suscitando investigações mais abrangentes. Todavia, mesmo diante desta limitação, acredita-se que o universo estudado releva significativos aspectos referentes à atenuação e potencialização das CT no contexto da implementação do PHPN.

Destaca-se a importância de novos estudos na área com vistas ao aprimoramento das estratégias de implementação dos programas e políticas públicas de saúde para que este processo não venha a se tornar potencializador das cargas de trabalho, levando os trabalhadores ao desgaste.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2001.
- 2 Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto & Contexto Enfermagem* (UFSC. Impresso), 2013; 22: 629-36.
- 3 Laurelli AC, Noriega A. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- 4 Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas Psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de Hospitais Universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enferm* [online]. 2011; 19(2).
- 5 Flôr RC, Gelbcke FL. Análise das Cargas de Trabalho decorrentes da práxis da enfermagem em serviço de hemodinâmica. *Rev enferm UFPE on line.*, 2013; 7(esp):7034-41.
- 6 Souza MMT, Passos JP, Tavares CMM. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. *J. res.: fundam. care.* [online]. 2015 Jan-Mar; 7(1): 2072-2082.
- 7 Bardin L. Organização da Análise. In: Análise de conteúdo. São Paulo: 2011.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Assistência ao pré-natal. Manual técnico. Brasília (DF): MS; 2000.
- 9 Busanello J, Kerber NPC, Filho WDL, Lunardi VL, et al. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. *Rev enferm UERJ.* 2011 Abr-Jun; 19(2); 218-223.
- 10 Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puerperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene.* 2012; 13(1):74-84.
- 11 Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos de alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Revista Espaço para a Saúde.* 2015 abr/jun; 16(2); 37-44.
- 12 Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. The Cochrane Library. 2012.
- 13 Santana LL, Miranda FMD, Karino ME, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Mar; 34(1):64-70.
- 14 Thofehn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Processo De Trabalho Dos Enfermeiros Na Produção De Saúde Em Um Hospital Universitário De Múrcia/Espanha. *Cienc Cuid Saude.* 2015 Jan-Mar; 14(1): 924-32.
- 15 Martinez MC, Paraguai AIBB. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011; 9(4).
- 16 Rattner D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface -Comunic., Saude, Educ.* 2009; 13(1): 595-602.
- 17 Bessa LF, Mamede MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2010 Jan-Dez; 24(1,2,3): 11-22.
- 18 Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev. Eletr. Enf.* [online]. 2013 [acesso 2014 out 01]; 15(3).
- 19 Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública.* 2009 Nov; 25(11): 2480-8.
- 20 Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto

institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014 Mar-Abr; 15(2):362-70.

21 Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene*. 2012; 13(5): 994-1003.

22 Campos JS, Mello Jorge MHP. Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza – CE. *Cad ESP*. 2012; 6(1):29-1.

23 Mendes RNC, Carmo AFS, Salum RDL, Gusmão-Filho FAR, Vidal SA, Santos VEP. Dimensionamento De Pessoal: Avaliação Da Enfermagem Em Unidades De Terapia Intensiva Obstétrica E Pediátrica Mista. *R. pesq.: cuid. fundam.* [online] 2013; 5(2): 3706-16.

24 Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BHS. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 abr./jun.;17(2):322-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>

25 Fontana RT. Humanização No Processo De Trabalho Em Enfermagem: Uma Reflexão. *Rev. Rene*. Fortaleza. 2010 Jan-Mar; 11(1): 200-207.

CARGAS DE TRABALHO PSÍQUICAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DE MATERNIDADES E CENTROS OBSTÉTRICOS

PSYCHIC WORKLOADS IN WORK PROCESS OF NURSES OF MATERNITY AND OBSTETRIC CENTERS

CARGAS DE TRABAJO PSÍQUICOS EM EL PROCESO DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS DE CENTROS DE MATERNIDAD Y OBSTÉTRICAS

Heitor Silva Biondi⁸
Eliana Cardia de Pinho⁹

RESUMO

Objetivo: identificar as cargas de trabalho psíquicas presentes no processo de trabalho de enfermeiros atuantes em Maternidades e Centros Obstétricos. **Metodologia:** estudo qualitativo descritivo, desenvolvido com 14 enfermeiros atuantes em Centros Obstétricos e Maternidades de dois hospitais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi estruturada e explorados com base na Análise de Conteúdo. **Resultados:** os resultados foram agrupados em duas categorias: O processo de trabalho do enfermeiro e suas múltiplas nuances; e A manutenção de práticas (des)humanizadas sob a ótica do enfermeiro, demonstrando que as cargas de trabalho psíquicas concretizam-se em múltiplos elementos do processo de trabalho, perpassando as atribuições, as relação interpessoais e a manutenção de condutas inadequadas. **Conclusões:** identificou-se que as cargas de trabalho psíquicas presentes no processo de trabalho de enfermeiros no contexto estudado estão relacionadas aos elementos que compõe o processo de trabalho, com a perpetuação de práticas desumanizadas e desafios na manutenção de práticas humanizadas.

Palavras-Chave: Carga de Trabalho; Humanização do Parto; Enfermagem

ABSTRACT

Objective: To identify the psychic workloads present in the work process of nurses working in Maternity and Obstetric Centers. **Methodology:** A descriptive qualitative study developed with

⁸ Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande-RS. E-mail: enf.heitor@gmail.com

⁹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul Câmpus Rio Grande, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande-RS. E-mail: gama@vetorial.net

14 nurses working in obstetric centers and maternity units of two hospitals. Data were collected through interviews and exploited based on content analysis. **Results:** The results were grouped into two categories: The nurses' working process and its many nuances; and The maintenance practices (un) humanized from the perspective of nurses, demonstrating that the psychic Workloads are materialized in multiple elements of the work process, passing assignments, interpersonal relationship and maintaining pipelines inadequate. **Conclusions:** Identified It was found that the psychic workloads present in the nurses studied in the context of the work process are related to the elements that make up the work process, with the perpetuation of dehumanizing practices and challenges in maintaining humanized practices.

Descriptors: Workload; Humanizing Delivery; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las cargas de trabajo psíquicas presentes en el proceso de trabajo de las enfermeras que trabajan en Centros de maternidad y de obstetricia. **Metodología:** Estudio cualitativo descriptivo, desarrollado con 14 enfermeras que trabajan en los centros de obstetricia y unidades de maternidad de dos hospitales. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y explotados en base a análisis de contenido. **Resultados:** Los resultados se agrupan en dos categorías: proceso de trabajo del enfermero y sus muchos matices; Las prácticas de mantenimiento y la (des)humanicen desde la perspectiva de las enfermeras, lo que demuestra que las cargas de trabajo psíquicos se materializan en múltiples elementos del proceso de trabajo, tareas que pasan, relación interpersonal y la mala conducta mantenimiento. **Conclusiones:** Se encontró que las cargas de trabajo psíquicas presentes en el proceso de trabajo de enfermería en el contexto estudiado se asocian a los elementos que componen el proceso de trabajo, con la perpetuación de prácticas y los problemas en el mantenimiento de las prácticas deshumanizantes humanizados.

Descriptores: Carga de Trabajo; Parto Humanizado; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Este estudo versa acerca das cargas de trabalho (CT) psíquicas que estão presentes no processo de trabalho (PT) de enfermeiros que atuam em Maternidades e Centros Obstétricos (CO).

O PT engloba um conjunto de procedimentos e ações onde, por intermédio de instrumentos de trabalho, o ser humano opera uma transformação no objeto e essa transformação está subordinada a um determinado fim¹. Na especificidade do PT do enfermeiro, este transita entre o desenvolvimento das atividades de assistência direta ao paciente, família ou comunidade

e as responsabilidades gerenciais requeridas pelas organizações, na intersecção com os processos de trabalho dos demais trabalhadores de saúde, produzindo um serviço marcado pela interação humana e pelo trabalho afetivo².

O PT desenvolvido pelos enfermeiros é fortemente influenciado pelos programas e políticas públicas de saúde, que norteiam as práticas e a organização do trabalho. A assistência ao ciclo gravídico-puerperal tem, como um de seus orientadores, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O PHPN busca a integralidade da assistência obstétrica e dos direitos da mulher, por meio da reorganização da assistência, ampliação do acesso e garantia da qualidade e de um conjunto mínimo de procedimentos³.

Do PT desenvolvidos pelos enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades, orientado pela PHPN, emergem as Cargas de Trabalho (CT) específicas deste contexto. As CT consistem em elementos que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, compreendidas, neste estudo, com base no referencial de Laurell e Noriega⁴.

As CT possuem distintas naturezas referentes a forma como atuam sobre o corpo do trabalhador, abarcadas em dois grupos: as CT de materialidade externa e as CT de materialidade interna. O primeiro grupo refere-se as CT físicas, químicas, biológicas e mecânicas. Já no segundo estão as CT fisiológicas e psíquicas⁴.

As CT psíquicas expressam-se na relação existente entre o trabalhador e os elementos que constituem seu processo de trabalho, como relações entre os sujeitos e ambientes. Estas CT só materializam-se por meio do corpo humano, em seus processos psíquicos e corporais. Estas cargas podem ser classificadas em sobrecarga psíquica e subcarga psíquica⁴.

Considerando que os sentidos, os conteúdos e as finalidades da humanização da assistência ao nascimento consistem em um grande desafio, que exige preparo dos trabalhadores e respeito aos verdadeiros significados desse momento, implicando em expressivas transformações⁵ em seu processo de trabalho, bem como da ausência de estudos que abordem as especificidades das CT no contexto da Maternidade e COs, surge a importância deste estudo.

Diante do exposto, tem-se como objetivo identificar as cargas de trabalho psíquicas presentes no processo de trabalho de enfermeiros atuantes em Maternidades e Centros Obstétricos.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo, desenvolvido no CO e Maternidade de dois hospitais de grande porte localizados no sul do país, sendo um hospital universitário e um hospital

filantrópico. Participaram deste estudo 14 enfermeiros, sendo incluídos aqueles que atuavam exclusivamente na Maternidade e/ou no CO e excluídos os que estavam afastados no período da coleta de dados, por motivos de férias e licenças diversas, ou que não atuavam unicamente nestes ambientes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, composta por questões abertas sobre o foco de interesse do estudo e pela caracterização dos participantes. As entrevistas, desenvolvidas entre os meses de outubro de 2015 a janeiro de 2016, ocorreram no ambiente de trabalho dos enfermeiros, em dias agendados previamente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mesmas foram gravadas após autorização, e posteriormente transcritas. Para a preservação do anonimato dos participantes, foi conferido codinome a estes por meio da sigla E, seguida pela numeração, de acordo com a ordem de realização das entrevistas: E1, E2, sucessivamente.

A análise dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo. Este método é composto por três grandes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise processou-se através da leitura flutuante e da elaboração de indicadores utilizados para fundamentar a interpretação dos dados. Após efetuou-se a exploração do material, com a codificação dos dados a partir das unidades de registro, observando sua pertinência e exclusividade. Durante o tratamento dos resultados, os mesmos foram categorizados com agrupamento semântico, iniciando-se o processo de interpretação⁶. A discussão dos dados foi embasada no referencial teórico de Laurell e Noriega e em estudos sobre o tema.

O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), das instituições envolvidas sob os respectivos números de protocolo 46/2015 e 029/2015. Além disso, foram respeitados os aspectos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Distintos elementos presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Maternidades e CO configuram-se em CT psíquicas, perpassando aspectos referentes à atuação direta do mesmo, a relação com outros trabalhadores de saúde e com as usuárias, a visualização de condutas inadequadas, dentre outros. Estes aspectos serão apresentados nas categorias: O processo de trabalho do enfermeiro e sua carga psíquica; e A manutenção de práticas (in)adequadas como carga psíquica.

O processo de trabalho do enfermeiro e sua carga psíquica

Distintos aspectos relacionados com o processo de trabalho dos enfermeiros nos setores de maternidade e CO revelaram-se como CT psíquicas.

O processo de trabalho que compreende a atuação como gerente e a dificuldade de conciliar as ações administrativas e assistenciais foram descritos como CT psíquicas. Tal aspecto leva ao detrimento da atuação direta do enfermeiro na assistência:

(E1) *Uma coisa que realmente me desgasta, me esgota muito, é o papel de liderança, o enfermeiro tem de gerir sua equipe. Então é gestão de escala, gestão de conflitos entre os membros da equipe, conflito entre equipes de turnos diferentes de trabalho. [...] Muitas vezes eu penso como eu gostaria de estar mais perto do paciente, escutando, fazendo a visita nos leitos com calma, orientando, conversando com os familiares, vendo os RNs e, metade do meu tempo, no mínimo, foi destinado a resolução de problemas de equipe, que também é uma função do enfermeiro [...]*

(E5) *se eu tiver com três pacientes em pré-parto, eu não consigo prestar assistência, ou eu presto assistência a uma ou eu gerencio a unidade, e se eu tiver alguma recuperação, aí eu tenho que escolher o que eu faço, então é inviável. [...] a gente tem muitas atribuições, a gente já atende consulta, a gente já atende o bloco cirúrgico obstétrico, a gente circula em cirurgia, a gente atende na recuperação, atende o RN, auxilia na mamada, e ainda tem que gerenciar, não tem como.*

(E8) *Às vezes eu quero ficar diretamente com a paciente, mas eu não posso porque a burocracia em si não me deixa fazer isso, porque é muito papel que tu tens que preencher, tens que evoluir; é muita papelada, na verdade. O enfermeiro passou a ser um burocrata, na verdade. Porque tu preenches muito papel e a assistência que tu deverias dar, tu não consegues dar.*

A falta de autonomia do enfermeiro para a realização de seu trabalho na lógica da humanização do nascimento, por meio da execução das práticas humanizadas e evitando a exposição da mulher à práticas prejudiciais, foi revelada nas falas como carga psíquica.

(E2) *[...] ter que te limitar a fazer certas coisas para que aquela mulher não seja mal tratada desgasta muito. De não botar ela na bola porque o médico não gosta e eu sei que se ela usar um método não farmacológico para alívio da dor, ele vai gritar com ela [...] Tu te sentires de mãos atadas no teu próprio trabalho é desgastante demais, demais, demais. Te tira toda vontade de trabalhar.*

(E4) *eu já saí daqui chorando por causa da vez que eu botei a paciente na bola que não era para mim ter colocado. E eu respondi: eu sou enfermeira, eu me formei e eu tenho autonomia pra isso [...]*

As diferentes ações desenvolvidas no intuito de sanar as demandas emergentes do contexto do trabalho, vistas como necessárias para a efetivação do cuidado, aparecem como CT psíquica. Grande parte de tais ações são pertinentes aos serviços de apoio, mas acabam por recair, em determinados momentos, no fazer da enfermagem:

(E1) *[...] O enfermeiro é o “faz tudo”; a manutenção é com o enfermeiro, o enfermeiro é assistente social, psicólogo, ele é tudo na equipe, ele é a referência. Então, o familiar da paciente não tem dinheiro para comer e a assistente social já foi embora às cinco da tarde, só que a enfermagem está aqui o tempo inteiro e quem é que resolve? A enfermeira. Então, feriado, final*

de semana, todos esses problemas são resolvidos pela enfermagem, pois psicologia não tem, assistente social não tem, e isso é um esgotamento, pois tu te sentes só, tu, o problema, o paciente e ninguém mais. Tu não tens apoio de ninguém para resolver aquilo contigo.

A heterogeneidade das posturas e condutas dos trabalhadores das Maternidades e CO é apontada como carga psíquica:

(E5) um dos maiores desgastes é a falta de uma padronização de posturas dentro do centro obstétrico. Qual é a rotina do centro obstétrico? É o que eu quero? É o que o profissional “A” quer? Porque na segunda-feira a rotina é uma, na terça-feira a rotina é outra [...]

(E8) A gente não tem tempo para poder conversar sobre as coisas, sobre a forma como atendemos aqui dentro, então cada uma atende de um jeito.

A dificuldade da atuação conjunta e uníssona da equipe multiprofissional no que tange as distintas responsabilidades dos membros que compõe a mesma, também aparece como CT psíquica:

(E4) [...] Aqui dentro tem um problema muito grande que os médicos eles comandam a enfermagem e eles não veem que eles são médicos e nós enfermeiros e nós somos distintos, temos trabalhos diferentes. Eu não sou secretária de médico [...]

(E11) onde tem mais de uma pessoa da equipe envolvida, onde não depende só de ti fazer, fica mais complicado. Ficar dependendo da boa vontade dos outros para conseguir fazer o teu trabalho é desgastante. É o que mais me afeta.

Em meio ao processo de trabalho, os relacionamentos entre os trabalhadores parecem ser conflituosos em virtude das relações de poder:

(E5) As relações interpessoais, não vou dizer com certos profissionais, com médico, com enfermeiros, não. Meu grande problema são as relações pessoais com equipes [...] chega num momento que tu acabas medindo força com as pessoas, e aí quando chega nessa hora de medir força, quem grita mais leva, aí acaba sendo uma coisa que me deixa muito irritada. E é muito difícil para mim [...]

(E8) sempre tem um que quer mandar mais que o outro [...] as relações de poder são um problema sim, porque todo mundo teria que se ajudar, mas cada um dentro do seu quadrado, não um querer mandar no outro, porque não dá certo [...]

As relações de poder tornam-se ainda mais conflituosas quando são adotadas posturas de coação por outros trabalhadores diante da negação, do enfermeiro, em colaborar na execução de práticas prejudiciais e inadequadas, caracterizando CT psíquica:

(E2) [...] Eu quase fui trocada de setor por que eu me neguei a fazer um Kristeller. Então, por ser um profissional muito antigo que estava em sala de parto, eu fui ameaçada a ser trocada de setor se eu me negasse a fazer aquilo de novo. E eu vou me negar e eu vou seguir me negando, porque enquanto todo mundo for conivente com isso, as coisas vão seguir acontecendo. [...] Eu já pensei várias vezes em desistir, porque tu chegares no teu trabalho e tu veres que aconteceu de novo e as pessoas foram coniventes de novo, e tu vês que só tu estás gritando por uma coisa que todo mundo deveria gritar, e tu te vês sozinha num mar de gente fazendo coisas erradas.

A CT psíquica também é desencadeada pela falta de reconhecimento das usuárias em

relação ao fazer do enfermeiro no contexto da assistência:

(E8) *Às vezes perguntam por que eu não estudo um pouco mais pra ser médica, às vezes chamam a gente de médica, de doutora, daí eu já digo: “não, tu não me confunde, porque eu não quero ser médica, eu sou enfermeira, eu quero ser o que eu sou” [...]*

As relações estabelecidas entre a mulher e a situação vivida, seja a gestação, o parto ou o aleitamento materno, acentuadas pelo contexto de iniquidades sociais por ela vivenciado, revelam-se como CT psíquicas, uma vez que o enfermeiro identifica, em seu processo de trabalho, que determinadas decisões da mulher estão pautadas em falta de orientação e em despreparo da mesma, indo de encontro aos ideais do PHPN:

(E1) *Às vezes aparecem aqui mães que não queriam aquele filho, mães que não querem amamentar, não querem nada com nada; usuárias de drogas; mães HIV que sabiam que era HIV e não fizeram o tratamento durante a gestação por opção e não vão fazer o tratamento com essa criança em casa depois. Então, tem situações críticas que a gente se depara e que a gente não gostaria. Tu sabes que aquela criança vai sair daqui e vai passar muito trabalho na vida e a gente não gostaria.*

(E8) *Uma coisa que a gente deve orientar sempre é a amamentação, mas elas não querem amamentar, tu queres orientar, tu queres explicar, mas elas não querem, e isso desmotiva.*

(E8) *daí algumas delas falam: “eu quero que faça uma cesárea, eu não aguento mais”, mas não é assim, [...] elas não querem saber de parto humanizado, elas querem cesárea porque elas não querem ter dor. Então, tu explicares isso para algumas mulheres é complicado, porque elas não querem sentir dor, elas já chegam aqui dizendo que querem cesárea e acabou o assunto, e aí tu tentas conversar, porque não é bem assim, porque cesárea é um risco, é risco para ti e um risco para o bebê, porque tu vais ficar anestesiada, porque tu não sabes o que pode acontecer [...]*

Aspectos referentes ao funcionamento dos serviços de apoio e falta de materiais configuram-se em CT psíquicas:

(E1) *[...] Serviços de apoio é outra coisa que a gente não tem, e é outra carga [...] Chega no fim do dia e eu estou exausta, porque eu implorei para a higienização limpar o leito, implorei para a lavanderia me dar um lençol, [...] é tudo assim. Parece que tu pedes favor para as pessoas. E daí tu tens que ficar explicando para aquela mãe como se a culpa fosse tua, pedindo desculpas, e tem que ficar se justificando como se a culpada fosse tu.*

(E8) *Quando tem bebe ruim, que nasce mal, a gente também fica muito estressado, porque às vezes tu não tens os materiais que tu precisas, tu não tens respirador, não tens incubadora, isso desgasta muito.*

A manutenção de práticas (in)adequadas como carga psíquica

A execução de práticas inadequadas, prejudiciais ou ineficazes durante a assistência ao nascimento revela-se como CT psíquica aos enfermeiros. Dentre os aspectos mencionado estão às condutas intervencionistas desnecessárias fomentadas pela falta de conhecimento das usuárias:

(E2) *[...] ter que assistir cesáreas desnecessárias acontecendo a todo momento e eu não poder fazer nada [...] e as mães desorientadas, acham que aquilo está certo, e aquilo acaba te*

desgastando, porque tu estás vendo uma mulher te falar uma coisa que tu sabes que não é verdade e que se tu disseres o certo para ela, ela vai te dizer: “claro que não, ele salvou a minha vida e a da minha filha”.

(E4) *Me incomoda ver o médico cortando uma episiotomia sem necessidade, porque o neném nem desceu ainda, ele não está vendo se está precisando e já cortou. [...]*

A adoção de posturas desrespeitosas e verticalizadas, onde o trabalhador se coloca como o dono do saber, corroborando com a subordinação da mulher, configura CT psíquica, potencializada pela desvalorização de seus direitos e de sua autonomia:

(E1) *O desgaste em função dos direitos das mulheres não serem respeitados eu percebo no CO, bem presente e isso me traz desgaste sim. Eu me sinto incomodada várias vezes por achar que a paciente não está sendo tratada da forma que eu acho adequada; que eu gostaria de ser tratada se eu fosse a paciente, então, acho que a autonomia da mulher e o respeito à pessoa como ser humano, muitas vezes falta. Vem antes de respeitar a mulher, é respeito ao ser humano. Tem coisas que a gente vê que a gente não acredita. Isso me incomoda bastante ali no CO. [...]*

(E4) *eu acho que a forma como os médicos agem me desgasta bastante, atrapalha bastante. [...] Eu vejo que eles não têm paciência para realizar um parto aqui dentro [...] por isso eles sujeitam às mulheres a passarem por coisas que elas não precisam passar.*

(E5) *enquanto eu percebo que a autonomia da mulher não está sendo levada em conta no sentido de, é para proteção da saúde da mulher e do bebê, é tranquilo, agora, quando eu vejo que é uma questão hierárquica, de poder, aí me incomoda [...] quando envolve questão de poder: “eu vou fazer porque eu sou fulano e eu quero fazer, porque aqui quem manda sou eu”, me irrita muito. Me deixa muito irritada.*

(E8) *é difícil na hora do parto tu dizeres para paciente: “não grita”, e têm profissionais que fazem isso aqui, eu vejo que aqui é assim, é um horror, eu acho que não deveria mandar calar a boca, não gritar [...]*

Como resultado do contexto em que alguns trabalhadores se colocam superiores à usuária, o enfermeiro acaba por adotar medidas protetivas à mesma, no intuito de evitar a exposição a práticas não recomendadas e a violência obstétrica:

(E2) [...] *Dependendo de quem está de plantão e se a mulher chegar bem informada, empoderada, às vezes eu preciso dizer para ela: “segura um pouquinho as tuas informações, porque senão ele vai te tratar mal”.*

A falta de direitos à usuária no que tange a presença do acompanhante é apontada como CT psíquica:

(E1) *A gente sabe que o familiar pode acompanhar; tem cartazes lá dizendo isso e eu cansei de ver: “não, não, o senhor aguarda lá fora”, falando num tom que as pessoas já ficam até com medo; “qualquer coisa a gente lhe chama”, empurrando com um tapinha nas costas.*

Todavia, a presença do acompanhante também pode tornar-se CT psíquica, em especial quando o mesmo apresenta fragilidades para a vivência do momento do nascimento:

(E2) [...] *Já aconteceu da paciente estar super calma e o marido estar em pânico, parecia que quem ia parir era ele. Então, isso te gera uma carga de trabalho porque tu acabas ficando*

estressada, porque tu estas vendo que aquela pessoa vai desmaiar, tu sabes que aquela pessoa vai desmaiar, mas ela teima que ela quer ficar ali. E a gente não pode impedir obviamente, eu não posso impedir, nem vou impedir. [...]

DISCUSSÃO

As CT psíquicas transpareceram em múltiplos elementos que permeiam o processo de trabalho, sendo acima de tudo, fontes de estresse, diretamente relacionadas a dinâmica e organização deste processo⁴, tendo forte viés questões inerentes ao trabalho do enfermeiro, como a gerência e a assistência, bem como aspectos relacionados a humanização do nascimento.

A necessidade de atuar paralelamente entre as ações gerenciais e assistenciais pode ser entendida, no contexto das falas, como sobrecarga psíquica. Segundo o referencial adotado, a sobrecarga psíquica é causada por situações de tensão prolongada, como uma carga que se caracteriza por ultrapassar as condições para a manutenção do equilíbrio psíquico⁴.

Ao perceber-se diante de demandas gerenciais e assistenciais que suplantam suas capacidades imediatas, o enfermeiro vê-se diante da necessidade de priorizar ações em detrimento de outras, caracterizando a cisão destas duas dimensões do processo de trabalho, também revelado pela literatura⁷. Este contexto consubstancia-se em um cotidiano de trabalho pautado em critérios de melhor performance, flexibilidade e polivalência².

A multiplicidade de funções do enfermeiro os impede de desenvolver atividades voltadas diretamente à assistência, fato que pode ser entendido como promotor do distanciamento da finalidade do trabalho deste trabalhador⁸. Nesta perspectiva, recaem sobre este, demandas emergentes do contexto do trabalho que tangenciam a assistência de enfermagem, mas que não são, em sua essência, atribuições do mesmo e sim, dos serviços de apoio, ampliando a gama de elementos causadores de desgaste psíquico. Quando os serviços de apoio não concretizam suas ações de maneira a fornecerem os subsídios ao trabalho dos enfermeiros, acabam por atrapalhar o desenvolvimento do processo de trabalho dos mesmos, que se veem imbuídos de atribuições para além das práticas gerenciais e assistenciais. Tal situação reafirma a importância e a interdependência das ações do enfermeiro em relação aos serviços de apoio, em um movimento articulado e sinérgico.

O não provimento de subsídios materiais e tecnologias assistenciais necessárias para a execução das práticas que perpassam o processo de trabalho do enfermeiro durante a assistência, também se revela como CT psíquica. Tal aspecto permeia a inviabilidade da execução de distintas ações, sejam estas de alta ou baixa complexidade, afetando a assistência, trazendo riscos às usuárias e comprometendo o manejo das situações de emergência vivenciadas no contexto da maternidade e CO. A CT psíquica relacionada à ausência de recursos materiais também pode

estar relacionada à responsabilização do enfermeiro por tal aspecto, uma vez que o gerenciamento dos subsídios utilizados na assistência é uma das atribuições deste trabalhador.

A organização e o gerenciamento do trabalho em saúde são elementos que, por vezes, afastam os enfermeiros das usuárias, sendo esta uma característica que vai de encontro à satisfação no trabalho⁸, traduzindo-se em CT psíquica. Neste sentido, a literatura revela que os enfermeiros concernem à gerência a partir de seus aspectos negativos, das dificuldades vinculadas a função⁷ e ao não reconhecimento social de sua prática^{2,7}.

A CT psíquica referente a falta de visibilidade do enfermeiro e ao pouco de reconhecimento da profissão por parte dos demais trabalhadores da equipe de saúde e das usuárias, parece gerar implicações negativas ao contexto de trabalho, manifestadas através da insatisfação e ausência de motivação, podendo dificultar o estabelecimento de laços de confiança, implicando na efetivação da qualidade da assistência⁹.

A falta de visibilidade do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional, associada ao estabelecimento de processos comunicacionais ineficazes entre estes trabalhadores culminam na ausência de autonomia do enfermeiro, que se percebe sufocado em suas propostas de mudanças¹⁰, desenvolvendo práticas assistenciais que traduzem-se em atividades delegadas¹¹, de modo rotineiro, mecânico e repetitivo¹², mantendo espaço limitado de decisão, criação e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional dominado¹¹. Esta conjuntura remete a existência da subcarga psíquica, causada pelo uso limitado do conhecimento e habilidades do trabalhador, que o impede de desenvolver seu trabalho em toda sua potencialidade e se manifesta através da perda de controle sobre o mesmo⁴.

Em meio ao contexto da falta de autonomia emergem situações de conflitos, configuradas em um cenário de cerceamento das atitudes ou pela própria depreciação do outro, de seus pensamentos e proposições¹⁰, ancoradas nas relações de poder entre os trabalhadores. Tais conflitos desarticulam as ações durante o desenvolvimento da assistência ao nascimento, dando margem para a execução de práticas inadequadas ou ineficazes, onde os fazeres podem, por vezes, serem antagônicos e opostos ao preconizado pelo PHPN.

Destaca-se que, para garantir a integralidade da assistência, faz-se essencial o desenvolvimento do trabalho em equipe. Entretanto, o processo de trabalho dos diferentes agentes promotores da assistência está organizado de forma fragmentada, com articulações frágeis. Vislumbra-se nas equipes a tendência de desenvolver seu processo de trabalho pautado na individualização das ações, sem o espaço definido para atividades que integram diferentes trabalhadores, fundamentais para a organização de processo de trabalho que favoreça o cuidado integral¹³, o que acaba por comprometer a assistência e a autonomia das usuárias, e acentuar os

conflitos entre os trabalhadores.

Inferese que os conflitos perpassados pela desarticulação das práticas podem ser consequência da inexistência de protocolos institucionais no que tangem as condutas, dando margem a adoção de práticas divergentes e desumanizadas. Todavia, a postura pessoal adotada por alguns trabalhadores, impedindo o estabelecimento de relações interpessoais respeitadas entre os mesmos, bem como a coação para a colaboração no desenvolvimento de práticas inadequadas, acentuam os conflitos e fomentam a falta de autonomia, causando desgaste psíquico e interferindo na assistência.

As relações interpessoais desenvolvidas entre os enfermeiros e as usuárias também configuram-se em CT psíquicas, em especial, quando a postura da mulher contrasta com as orientações dadas pelos enfermeiros e com o que é preconizado nas políticas públicas de saúde para o ciclo gravídico-puerperal, como o PHPN. Todavia, ao ver-se envolto por esta CT, o enfermeiro parece limitar-se em sua perspectiva, não visualizando que, ao optar por não seguir as orientações, a mulher está exercendo sua autonomia, mesmo que pautada na desinformação e despreparo.

Em outros contextos, a CT psíquica do enfermeiro emerge pelo impedimento do exercício da autonomia pela mulher, quando esta empodera-se em consonância do preconizado pelo PHPN. Neste caso, a CT psíquica relaciona-se com a postura adotada por outros trabalhadores de saúde, que desrespeitam a decisão da mulher, por meio de relações interpessoais verticalizadas.

O cerceamento da autonomia da mulher concretiza-se através da postura autoritária assumida pelos trabalhadores, que se apresentam como donos da verdade e do saber¹⁴. Este mecanismo de subordinação e opressão assumidos durante a assistência ao nascimento é acentuado pela resignação oriunda do desconhecimento sobre o processo fisiológico do parto por parte das mulheres¹⁵.

No tradicional modelo de assistência ao nascimento, que retira do parto o caráter de evento fisiológico tornando-o um procedimento médico, percebe-se que trabalhadores e mulheres vivenciam o parto de formas diferentes. Isto se dá porque este modelo assistencial ignora os reais significados que as mulheres dão à experiência da gravidez e do parto. Assim, na relação entre trabalhadores e usuárias, fica bastante evidente a maneira diferente como as questões relacionadas ao parto são encaradas por cada um desses atores¹⁶.

No constructo da falta autonomia, há intensa rotinização de condutas inadequadas, claramente prejudiciais ou ineficazes, tais como a utilização indiscriminada da ocitocina intravenosa, restrição ao leito obstétrico, uso rotineiro da episiotomia, amniotomia e da posição de litotomia para o parto, realizados sem a informação e o consentimento prévio das mulheres¹⁷,

que consubstanciam a violência obstétrica¹⁸. Estas posturas possuem raízes históricas, baseadas em um modelo biologicista que fragmenta o corpo e as necessidades da mulher, revelam-se ainda hoje na assistência ao nascimento¹⁹. A visualização destas práticas pode ser entendida como desencadeadora de intenso estresse, sendo uma sobrecarga psíquica.

Todavia, os enfermeiros revelam que, por vezes, limitam a autonomia da mulher no intuito de evitar que outros trabalhadores de saúde adotem práticas inadequadas durante a assistência à usuária por sentirem-se desconfortáveis com o empoderamento da mesma. Tal prática contrasta com o preconizado pelo PHPN no que tange ao preparo da mulher ao longo do pré-natal, para o exercício da autonomia durante o nascimento. Não somente, parece revelar uma postura omissa e subalterna do enfermeiro em relação a outras categorias profissionais que, ao invés de auxiliarem a mulher para o livre exercício de sua autonomia, fomentam os mecanismos de opressão e submissão da mulher.

O desrespeito ao direito da mulher em relação a não permissão da presença do acompanhante contrapõe-se a Lei nº 11.108/2005, que garante sua presença no parto. Diferentes estudos revelam que os profissionais são resistentes à presença do acompanhante, sendo que a inserção deste acaba dependendo, frequentemente, da autorização médica. A não permissão da presença do acompanhante é justificada pela falta de trabalhadores para viabilizar a adequada atenção para as parturientes e acompanhantes concomitantemente²⁰. Neste sentido, a presença do mesmo configura CT psíquica, como revelam os enfermeiros.

Embora a presença do acompanhante seja valorizada, tendo em vista os reais benefícios que poderá proporcionar para a mulher, com destaques para a segurança, o conforto e a tranquilidade, há, entre os trabalhadores da saúde, uma visão restrita sobre o mesmo. A presença e participação deste novo ator social muitas vezes não são entendidas como um direito, mas sim como algo que demandaria uma preparação anterior e conhecimentos mínimos sobre o processo do nascimento, para assim não interferir na assistência ofertada. Nesta perspectiva, o acompanhante é visualizado como um agente que não deverá ser envolvido no cenário do nascimento, porque pode interferir no trabalho da equipe de saúde¹⁷. Essa postura impositiva não considera que muitas mulheres planejam, durante toda a gestação, a participação de uma pessoa em especial para lhe dar o apoio que ela deseja e precisa receber²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar que as cargas de trabalho psíquicas presentes no processo de trabalho de enfermeiros atuantes em Maternidades e COs estão diretamente relacionadas aos elementos que compõe o processo de trabalho, bem como com a perpetuação de práticas

desumanizadas e dos desafios na manutenção de práticas humanizadas.

Em relação às nuances do processo de trabalho, destaca-se a dificuldade de conciliar as atribuições administrativas e assistenciais, a multiplicidade de ações, a falta de autonomia, a dificuldade de trabalhar em equipe, as relações de poder, os conflitos, a não padronização das condutas assistenciais, a pouca visibilidade e reconhecimento social da prática do enfermeiro, as posturas adotadas pelas usuárias no exercício de sua autonomia, as demandas referentes ao funcionamento dos serviços de apoio e falta de materiais.

No que tange a manutenção de práticas (des)humanizadas, as CT psíquicas estão relacionadas a execução de práticas inadequadas, prejudiciais ou ineficazes durante a assistência ao nascimento, a adoção, pelos trabalhadores, de posturas desrespeitosas e verticalizadas, o cerceamento da autonomia e direitos da mulher como medida protetiva ou como prática impositiva.

Uma limitação encontrada no estudo refere-se à dimensão do problema analisado, que suscita investigações mais abrangentes. Cabe ressaltar que este estudo foi realizado em dois hospitais do país, assim, a realidade retratada na pesquisa revela percepções de vivências e/ou experiências de enfermeiros configurando um pequeno universo no processo de trabalho da enfermagem nacional. No entanto, acredita-se que a realidade estudada nesta pesquisa seja capaz de retratar, embora com singularidade, as principais CT psíquicas no contexto estudado.

A intensa presença das CT psíquicas no processo de trabalho dos enfermeiros de COs e Maternidades pode comprometer o trabalho em equipe e a assistência. Desta forma, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos no intuito de buscar alternativas para atenuar os elementos do processo de trabalho causadores de desgaste e fomentar a implementação das práticas propostas pelo PHPN, respeitando a mulher e sua autonomia.

REFERÊNCIAS

- 1 Marx K. O capital: Crítica da economia política. 29. ed. Rio de Janeiro; 2011.
- 2 Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012[citado 2015 mar 15];46(2):495-504.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001
- 4 Laurell AC, Noriega M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- 5 Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NC, Meincke SMK. O discurso e a prática do

parto humanizado de adolescentes. *Texto & Contexto Enfermagem* (UFSC. Impresso), 2013; 22: 629-36.

6 Bardin L. Organização da Análise. In: *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

7 Lima RS, Lourenço EB. Os Afetos No Processo De Trabalho Gerencial No Hospital: As Vivências Do Enfermeiro. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(3):478-87.

8 Thofehn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Processo De Trabalho Dos Enfermeiros Na Produção De Saúde Em Um Hospital Universitário De Múrcia/Espanha. *Cienc Cuid Saude* 2015 Jan/Mar; 14(1):924-32.

9 Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Fernandes GFM, Mancia JR, Silveira JT. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):102-09.

10 Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr 2011; 19(2):[09 telas].

11 Souza MMT, Passos JP, Tavares CMM. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. *J. res.: fundam. care. online* 2015 jan/mar;7(1):2072-82.

12 Santana LL, Miranda FMD, Karino ME, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 mar;34(1):64-70.

13 Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(1):147-56.

14 Bessa LF, Mamede MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2010 jan./dez;24(1,2,3)11-22.

15 Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 257-63.

16 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil : cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

17 Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene*. 2012;13(5):994-1003.

18 Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014 mar-abr; 15(2):362-70.

19 Cassiano NA, Holanda CSM, Costa RKS, Moraes FRR, Maranhão TMO. Assistência de

enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. J. res.: fundam. care. [online] 2015 jan/mar;7(1):2061-71.

20 Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discurso de enfermeiros. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 270-7

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível conhecer as inter-relações existentes entre a efetivação do PHPN e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de COs e Maternidades. O estudo revelou que os enfermeiros vêm-se inseridos em um processo de trabalho permeado pelas orientações trazidas pelo PHPN, o que demonstra que possuem conhecimento acerca deste programa, de suas diretrizes e orientações.

A implementação do PHPN relacionou-se com a atenuação e potencialização de cargas de trabalho de materialidade externa e interna, que tangem o processo de trabalho dos enfermeiros nos ambientes estudados. A variação entre atenuação ou potencialização demonstrou-se dependente do contexto de interação com as mesmas.

Das cargas de trabalho de materialidade externa receberam destaque as biológicas e as mecânicas. A potencialização das cargas de trabalho biológicas emerge do maior contato e proximidade entre trabalhador e a usuária, e a atenuação relaciona-se à redução de procedimentos invasivos. Já as cargas mecânicas são potencializadas pelo maior esforço e aumento das demandas assistenciais e atenuadas em virtude da satisfação profissional com a efetivação da assistência de modo humanizado.

A satisfação também se revelou como atenuadora das cargas de trabalho de materialidade interna psíquica e fisiológica. Outros aspectos como a inexecução de práticas não recomendadas, o estabelecimento de relações interpessoais harmoniosas, a avaliação positiva da mulher em relação à assistência recebida e a percepção de que houve adequado preparo da mulher durante o pré-natal para a vivência do nascimento, despontaram como atenuadores das cargas psíquicas.

A acentuação das cargas psíquicas é consequência do aumento das atividades e atribuições ao enfermeiro, principalmente quando estas excedem sua capacidade de executá-las, à necessidade de permanecer junto à paciente e ofertar orientações em detrimento de outras atividades, a resistência de alguns trabalhadores em mudar suas concepções e comportamentos pessoais e profissionais diante das orientações do PHPN e as consequências das fragilidades do pré-natal no momento do nascimento.

Das distintas cargas de trabalho presentes no cotidiano do processo de trabalho dos ambientes estudados, tiveram destaque nas falas dos enfermeiros as cargas de trabalho psíquicas. Estas estão diretamente relacionadas aos elementos que compõe o processo de trabalho, bem como com a perpetuação de práticas desumanizadas e dos desafios na manutenção de práticas humanizadas.

Em relação às nuances do processo de trabalho, destaca-se a dificuldade de conciliar as atribuições administrativas e assistenciais, a multiplicidade de ações, a falta de autonomia, a

dificuldade de trabalhar em equipe, as relações de poder, os conflitos, a não padronização das condutas assistenciais, a pouca visibilidade e reconhecimento social da prática do enfermeiro, as posturas adotadas pelas usuárias no exercício de sua autonomia, as demandas referentes ao funcionamento dos serviços de apoio e a falta de materiais.

No que tange a manutenção de práticas (des)humanizadas, as cargas de trabalho psíquicas estão relacionadas a execução de práticas inadequadas, prejudiciais ou ineficazes durante a assistência ao nascimento, a adoção, pelos trabalhadores, de posturas desrespeitosas e verticalizadas, o cerceamento da autonomia e direitos da mulher como medida protetiva ou como prática impositiva.

Uma limitação encontrada no estudo refere-se à dimensão do problema analisado, que suscita investigações mais abrangentes. Cabe ressaltar que este estudo foi realizado em apenas dois hospitais do país, assim, a realidade retratada na pesquisa é singular, revelando percepções de vivências e/ou experiências de enfermeiros configurando um pequeno universo no processo de trabalho da enfermagem nacional. No entanto, acredita-se que a realidade estudada nesta pesquisa seja capaz de retratar, embora com singularidade, as principais cargas de trabalho no contexto estudado.

Desta forma, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos no intuito de buscar alternativas para atenuar os elementos do processo de trabalho causadores de desgaste, fomentar a implementação das práticas propostas pelo PHPN, respeitando a mulher e sua autonomia, e aprimorar as estratégias de implementação dos programas e políticas públicas de saúde para que este processo não venha a torna-se potencializador das cargas de trabalho, levando os trabalhadores ao desgaste.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am. de Enferm**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 52-58, 2009.

ALTAFIN, J.A.M. et al. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.26, n.3, p.292-98, 2014.

AZAMBUJA, E. P. et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.4, p.658-66,out/dez, 2010.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O.C; WHITAKER, I.Y. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: Associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enferm**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 28-33, 2009.

BALSANELLI, A.P.; ZANEI, S.S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Rev. Acta Paul. Enferm**. v. 19, n. 1, p.16-20, 2006.

BARDIN, L. Organização da Análise. In: **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BESSA, L.F.; MAMEDE, M.V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**. v.24, n.1,2,3, p.11-22, jan./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao pré-natal. Manual técnico**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Política para a Mulheres**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2005b.

_____. **Portaria GM/MS n.2418**, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005c.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil : cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011b.

BRITO A.P.; GUIRARDELLO E.B. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.5, set.-out. 2011.

BRÜGGEMANN O.M. et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc Anna Nery**. v.17, n.3, jul-set, p. 432-438. 2013.

BRÜGGEMANN O.M. et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública**. v.21, n.2, set – out, p.16-27. 2005.

BRÜGGEMAN O.M. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reprod Health** [online]. v.4, n.5 :[7 cenas]. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936417>

BUSANELLO, J. et al. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev enferm UERJ**, v.19, n.2, Abr./Jun, p.218-23. 2011.

BOUSSO R.S. et al. Religious beliefs, illness and death: family's perspectives in illness experience. **Rev Esc Enferm USP** [online]. v.45. n.2, pag – 391-397. 2011 [acesso em 05 maio 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a13.pdf

CAMACHO, K.G. A enfermeira obstétrica frente às transformações de sua prática consequente ao movimento de humanização do compo obstétrico hospitalar. Dissertação, Mestrado em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2010.

CAMACHO K.G.; PROGIANTI J.M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf. [online]**. v.15, n.3. jul/set. p.648-55. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>.

CARRARO, T.E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.3, p.502-9, Jul./Set. 2008.

CASSIANO N.A.; HOLANDA C.S.M.; COSTA R.K.S. et al. Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. **J. res.: fundam. care. [online]** v.7, n.1, p. 2061-2071, jan/mar. 2015.

CASTRO, J.C. **Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher**. Dissertação de mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2003.

CARVALHO V.F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46. n.1. p. 30-7. 2012.

COELHO F.U.A. et al.. Carga De Trabalho De Enfermagem Em Unidade De Terapia Intensiva De Cardiologia E Fatores Clínicos Associados. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. v. 20, n. 4, p. 735-41, out/dez. 2011.

CONISHI R.M.; GAIDZINSKI R.R. Nursing activities score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.3. p.346-54. 2007.

CORBELLINI V.L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.64, n.2, p. 241-7. 2011.

COSTA F.M.; VIEIRA M.A.; SENA R.R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**. v.62. n.1. pag. 38-44. 2009.

COSTA J.A.; FUGULIN F.M.T. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. **Acta Paul Enferm. [online]** v.24, n.2, p. 249-56. [acesso em: 29 mar 2013] 2011.

CUNHA A.P., SOUZA E.M., MELLO R. Os Fatores Intrínsecos Ao Ambiente De Trabalho Como Contribuintes Da Síndrome De Burnout Em Profissionais De Enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** [online] jan/mar. ed. supl. p. 29-32. 2011.

DAVIM, R.M.B.; GILSON, V.T. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. **Rev Rene**, v.9, n.3, p.37-9. 2006.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 27-34, set./dez., 2004.

DESLANDES, S.F. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes, S.F. **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.33-47. 2006.

DINIZ, C.S.G. A humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 10, n 3 p 627-37, jul. 2005

DUCCI A.J.; PADILHA K.G. Nursing activities score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enf.** v.21, n.4, p. 380-4. 2008.

DUCCI A.J.; ZANEI S.S.V.; WHITAKER I.Y. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. **Rev Esc Enferm USP.** [online]. v.42, n. 4, p. 673-80. [acesso em: 29 mar 2013] 2008.

ENDERLE, C.F. et al. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Rev Esc Enferm USP**, no prelo 2011.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A.D. Processo de trabalho em saúde. **2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed**, 2009.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho Gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P. (Org). **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2012, 113p.

FERREIRA, M; FERREIRA, C. Carga mental e carga psíquica em profissionais de Enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** (Ed. Esp. 1), 2014.

FONTANA, R. T. Humanização No Processo De Trabalho Em Enfermagem: Uma Reflexão. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, p. 200-207, jan./mar. 2010.

FRASQUILHO, M. Medicina, médicos e pessoas. Compreender o stresse para prevenir o burnout. **Acta Médica Portuguesa**, v.18, n.6, p. 433-444. 2005.

FRIGO, J. et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare Enferm.** v.18, n.4, p. 761-6. Out/Dez. 2005.

FRUTUOSO L.D.; BRÜGGEMANN O.M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-17. Out-Dez. 2013.

FUGULIN F.M.T.; GAIDZINSKI R.R.; KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Lat Am Enfermagem [online]**. v. 13, n.1, p. 72-8. [acesso em: 29 mar 2013] 2005.

GAMA, A.S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.11, p.2480-88. Nov. 2009.

GEHRING G.J. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev Bras Epidemiol**. v.10, n.3, p. 401-9. 2007.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro.

GESTAL-OTERO, J.; ACEVEDO, G. **Salud Laboral. Prevencion de Riesgos en el Trabajo. Aplicación al Sector Salud en la República Argentina**. Santiago de Compostela: AECID. 2009.

GIL G.P. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. v. 13, n. 3, p. 456-63. [acesso em: 08 mar 2015]. 2006.

GONÇALVES L.A.; PADILHA K.G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 4, p. 645-52. 2007.

GRAÇA, L. **Físicos, cirurgiões, barbeiros-sangradores, parteiras e outros praticantes de artes médicas: uma história mais de pudor do que a de poder?**. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2003. Disponível em:

<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos103.html> . Acesso em 12 março 2015.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento parto adolescente. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.1, p.107-14. 2006.

HAUSMANN M.; PEDUZZI M. Articulação Entre As Dimensões Gerencial E Assistencial Do Processo De Trabalho Do Enfermeiro **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 18, n. 2, p. 258-65. Abr-Jun. 2009.

HODNETT E.D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews [online]**. Issue 10 [acesso em 05 de março de 2015]. 2012. Disponível em: <https://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

HOGA L.A.K.; PINTO C.M.S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Invest Educ Enferm**. v. 25, n. 1, p. 74-81. Jan-Jun. 2007.

JHA A.K. et al. Patients' perception of hospital care in the United States. **N Engl J Med**. v. 359, p. 1921-31. 2008.

JÚNIOR P.B.C.; CARVALHO I.S.; MACEDO J.B.P.O. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. **J. res.: fundam. care. [online]** v. 5, n. 4, p. 671-80. out./dez. 2013.

KIRCHHOF, A.L.C. et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Rev. Colombia Médica**. v 42, n 2, p. 113-19, 2011.

LAURELL, A. C; NORIEGA, M. **O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec; 1989.

LEOPARDI, M. T, GELBCKE, F.L, RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Rev. Texto e Contexto Enferm**, v.10, n.1, p.32-49, 2001.

LIMA L.B.; RABELO E.R. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**. v. 26, n. 2, p. 116- 22. 2013.

LIMA, J.V.; SIEBRA, G.O.V. Ensaio assistência ao parto/ perspectiva de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 20, n.1/2/3, p.79-82. Jan./Dez. 2006.

LIMA, K.M.R. Maternidade Leila Diniz (1994-1996): Nascimento de um novo profissional de saúde?. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernando Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997)

LIMA L.B.; RABELO E.R. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 116-22. 2013.

LIMA M.K.F.; TSUKAMOTO R.; FUGULIN F.M.T. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 638-46. Out-Dez. 2008.

LIMA, R.S.; LOURENÇO, E. B. Os Afetos No Processo De Trabalho Gerencial No Hospital: As Vivências Do Enfermeiro. **Rev Enferm UFSM** v. 4, n. 3, p. 478-487. Jul/Set. 2014.

LIMA M.K.F.; TSUKAMOTO R.; FUGULIN F.M.T. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 638- 46. Out-Dez. 2008.

MABUCHI A.S.; FUSTINONI S.M. O significado dado pelo profissional de saúde para o trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enferm.** v. 21, n. 3, p. 420-2. 2008.

MAGALHÃES, A.; RIBOLDI, C.; DALL'AGNOL, C. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.62, n.4, p. 608-12. 2009.

MAGALHÃES A.M.M.; DALL'AGNOL C.M.; MARCK P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 21, jan.-fev. [09 telas] 2013.

MASLACH, C.; LEITER, P. Nurse turnover: the mediating role of burnout. **Journal of Nursing Management** 17. v. 17, p. 331–339. 2009.

MARX, K. *O capital*: Crítica da economia política. 29ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, tradução Reinaldo Sant'anna; v.1, 2011. 966p.

MARQUE, F.C.; DIAS, L.M.V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n.3, p.439 – 47. Dez. 2006.

MARTINEZ M.C.; PARAGUAI A.I.B.B. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 9, n. 4. 2011.

MARTINS J.T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 1, p. 63-70. 2013.

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.7, p.1483-91. Jul. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES R.N.C. et al. Dimensionamento De Pessoal: Avaliação Da Enfermagem Em Unidades De Terapia Intensiva Obstétrica E Pediátrica Mista. **R. pesq.: cuid. fundam. [online]** v. 5, n. 2, p. 3706-16. 2013.

MININEL, V. A; BAPTISTA, P. C. P; FELLI, V. E. A. Cargas Psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de Hospitais Universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enferm. [online]** v 19, n 2, 2011.

MOUTA, R.J.O. **A luta das enfermeiras pela ocupação do espaço hospitalar de assistência ao parto humanizado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial sobre a Mulher**. 4^a ed. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1996.

NEIS M.E.B.; GELBCKE F.L. Carga de trabalho em centro de material e esterilização: subsídios para dimensionar pessoal de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [online]**. v. 15, n. 1, p. 15-24. 2013.

NOGUEIRA L.S. et al. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 25, n. 3, p. 225-232. 2013.

ODENTE, M. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. Tradução Sarah Bauley. São Paulo: Ground, 2002.

OLIVEIRA, A.S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev Rene**, v.11, número especial, p.32-41. 2010.

OLIVEIRA A.M.L.; GUIRARDELLO E.B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev Esc Enferm USP**. v. 40, n. 1, p. 71-77. 2006.

OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev Esc Enferm USP**, v.36, n.2, p.133-40. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Care in normal birth: a practical guide**. Maternal and newborn health/ Safe Motherhood unit. Family and reproductive health. Genebra. World Health Organization, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

ORO, J.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**; v.2, n.2, p.137-140, 2011.

OSAVA, R.H. A assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PANUNTO M.R.; GUIRARDELLO E.B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 1, p. 96-101. 2012.

PEREIRA, A.L.F. O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao parto e nascimento. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PERROCA M.G. Development and Content Validity of the New Version of a Patient Classification Instrument. **Rev Lat Am Enfermagem**. [online]. 2011.

PIMENTA L.F. et al. The culture interfering on the wish about the type of parturition. **J. res.: fundam. care**. [online] v. 6, n. 3, p. 987-997. 2014.

PIRES, D.E.P. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. Annablume, 2008.

PIRES, D.E.P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. p.45-59. 2012.

PUERTO, J. et al. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermeira.

Cogitare Enfermagem. v.16, n. 4, p. 609- 164. 2011.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, p. 1018-1025. 2011.

RNFSDR (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE) Dossiê humanização do parto. Rede nacional feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos. São Paulo, 2002. Disponível em:

<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20o%20Parto.pdf>. Acesso em: outubro de 2011.

RIBEIRO, E. J. G; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, v 60, n 5, p. 535-40, 2007

SANTANA L.L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de . saúde em um hospital de ensino. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 1, p. 64-70. 2013.

SANTOS L.M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm.** v.37, n. 2, p. 202-7. 2014.

SANTOS L.M. et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene.** v.13, n. 5, p. 994-1003. 2012.

SANTOS L.M.. et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **R. pesq.: cuid. fundam.** [online] v. 4, n. 3, p. 2655-66. 2013.

SANTOS, S.P. **A inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães: 1988-1992.** dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**,v. 32, n. 2, p. 368-77, 2011.

SECCO, I. A. et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. SAMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas.** [online]. v.6, n.1 ,2010.

SECCO, I. A. O. et al. Cargas de trabalho de materialidade externa na equipe de enfermagem de

hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Ciencia y Enfermería, Concepción**, v.17, n.3, p. 69-81, dez., 2011.

SERRA, V. **O stress na vida de todos os dias** (3ª ed.). Coimbra: Minerva. 2007.

SERRUYA, S.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.4, n.3, p.269-79. Jul./Set. 2004.

SILVA, A.V.R.; SIQUEIRA, A.A.F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.17, n.1, p.126-35. 2007.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da Carga de Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3393-3402, 2011.

SILVA R.S.; CAMPOS A.E.R.; PEREIRA A. Caring for the patient in the process of dying at the intensive care unit. **Rev Esc Enferm USP [online]**. v. 45, n. 3, p. 735-40. [acesso em 05 março 2015]. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a27.pdf

SOUSA, C. R. et al.. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 645-52, 2008 .

SOUZA S.S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletrônica Enferm.** v. 12, n.3, p. 449-455. 2010.

THOFEHRN, M. B, LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.409- 417, Jul/Set. 2006.

THOFEHN M.B. et al. Processo De Trabalho Dos Enfermeiros Na Produção De Saúde Em Um Hospital Universitário De Múrcia/Espanha. **Cienc Cuid Saude** v.14, n. 1, p. 924-932. 2015.

TREPICHIO P.B. et al. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n.2, p. 133-139. 2013.

TRIVIÑOS, A. **A introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 18. Ed, São Paulo: Atlas, 2009.

VALLADARES, D.P. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de

Janeiro. In: **Questões da Saúde Reprodutiva**. Orgs: Karen Giffin e Sarah Hawker Costa. RJ: Fio Cruz, 1999.

VIDICH, A.J.; LYMAN, S.M. Métodos Qualitativos. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Trad. Sandra Regina Netz.. Porto Alegre: Artmed, p.49-90. 2006.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 84p, 2002.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.3, p.138-51. 2008.



APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - Dados para caracterização da amostra

- Sexo do participante: () Feminino () Masculino
- Idade:
- Estado civil:
- Filhos: () Sim () Não
- Se sim, quantos:
- Trabalha em outra instituição de saúde? () Sim () Não
- Se sim, há quanto tempo? Em que horário?
- Há quantos anos possui graduação em enfermagem? _____ anos;
- Possui especialização na área da Saúde da Mulher? () Sim; () Não
Qual: _____
- Possui especialização em alguma outra área? () Sim () Não
Qual? _____
- Há quanto tempo atua na instituição?
- Há quanto tempo atua no Centro Obstétrico?
- Há quanto tempo atua na Maternidade?

II - Instrumento para conhecer as inter-relações existentes entre a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades.

- Você conhece o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento? Descreva como você entende este programa no que se refere à Humanização do nascimento/parto?
- Descreva em que aspectos o seu processo de trabalho está organizado na lógica no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento?
- Quais as mudanças provocadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

na sua rotina de trabalho?

- Que cargas de trabalho você consegue identificar em seu processo de trabalho?
- Você percebe que as cargas mecânicas podem interferir no seu trabalho e na efetivação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no que se refere ao parto? De que forma? (*Exemplos de cargas mecânicas: Força física para desempenhar as atividades como posicionar as parturientes, usar a bola suíça, entre outros*).
- Você percebe que as cargas físicas, biológicas e químicas podem interferir no seu trabalho e na efetivação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no que se refere ao parto? De que forma? (*Exemplos de cargas físicas, biológicas e químicas: condições de trabalho: ambiente, equipamentos, materiais disponibilizados, uso de substâncias químicas, medicamentos, ou possibilidade de contaminação com micro-organismos*).
- Você percebe que as cargas psíquicas interferem no seu trabalho e na efetivação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no que se refere ao parto? (*Exemplos de cargas psíquicas: relacionamento com equipe de enfermagem e demais equipes; relações de poder com demais equipes; relacionamento com parturiente e familiares, acompanhante; respeito a autonomia da mulher, as suas escolhas; acompanhamento e execução de práticas recomendadas e não recomendadas; relacionamento com alunos; divisão do trabalho da enfermagem; organização do trabalho da enfermagem na perspectiva do PHPN; quantitativo de pessoal de enfermagem; aquisição de conhecimentos (constante); a necessidade de educação permanente da equipe; partilha do conhecimento com mulheres*).
- Você percebe que as cargas fisiológicas interferem no seu trabalho e na efetivação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no que se refere ao parto? De que forma? (*Exemplos de cargas fisiológicas: esforço repetitivo, trabalho pesado, posições incômodas ou posicionamento inadequado durante o trabalho, as alternâncias de turnos*).
- Em que aspectos identifica que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aumenta suas cargas de trabalho?
- Em que aspectos identifica que o Programa de humanização no Pré-Natal e Nascimento diminui suas cargas de trabalho?

APENDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **“INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO”**

Pesquisadores: Eliana Pinho de Azambuja. Telefone para contato: (53) 32338744; Heitor Silva Biondi. Telefone para contato: (53) 32338800.

Prezado (a) Senhor (a)

Este estudo trata-se de uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e tem por objetivo conhecer as inter-relações existentes entre a efetivação do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades; e como objetivos específicos: Detectar o conhecimento que os enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades têm a respeito do PHPN com atenção especial ao nascimento; e Identificar as cargas de trabalho que os enfermeiros de Centros Obstétricos e Maternidades percebem em seu processo de trabalho.

Este estudo poderá servir de reflexão aos enfermeiros sobre sua prática e, também, como subsídio para a elaboração e implementação de estratégias e medidas que possam auxiliar, de forma eficaz, na redução das influências negativas trazidas ao processo de trabalho pelas cargas de trabalho de forma a viabilizar a humanização da assistência ao parto. Os benefícios que o estudo trará somente poderão ser observados ao final da investigação.

Sua participação é de livre escolha. Os participantes do estudo responderão a uma entrevista padronizada. Você tem o direito a não responder qualquer pergunta que julgar constrangedora ou inadequada. Em qualquer momento você poderá retirar seu consentimento e deixar de fazer parte do trabalho, sem que lhe traga qualquer prejuízo e sem necessidade de esclarecimentos ou aviso prévio.

Caso a entrevista suscite algum tipo de questionamento, dúvida ou mobilize sentimentos e percepções, será realizado o contato imediato com um dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para que solucione ou faça os encaminhamentos, sendo que a equipe responsável se compromete a fornecer esclarecimentos a qualquer dúvida relativa a entrevista e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

A proposta envolve exclusivamente a realização de entrevista, que poderá ser gravada após sua autorização, não incluindo nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. O participante não será identificado, mantendo-se o caráter sigiloso das informações. O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Se você concorda em participar, assine o seguinte termo.

Declaro que fui informada (o) de forma clara e detalhada sobre os motivos e os procedimentos desse estudo, concordando em participar da pesquisa.


Assinatura: _____ Data: ____/____/201__

Coordenadora da pesquisa

Entrevistador

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande.



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 121/2015

CEPAS 46/2015

CAAE: 46806915.9.0000.5324
Não possui número de processo

Título da Pesquisa: INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Pesquisador: Eliana Cardia de Pinho

PARECER DO CEPAS:

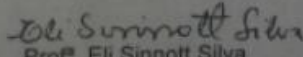
O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 64/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "INTER-RELAÇÕES ENTRE AS CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS E A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.


Data de envio do relatório final: 31/12/15

Rio Grande, RS, 11 de setembro de 2015.


Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

 ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Protocolo: N° 029/2015

Título do Projeto: "Inter- relações entre as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros e a efetivação do programa nacional de humanização no pré-natal e nascimento."

Objetivos:


Geral: Conhecer as inter- relações existentes entre a efetivação do programa nacional de humanização no pré-natal e nascimento e as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros de centros obstétricos e maternidades.

Específico: Detectar o conhecimento que os enfermeiros de Centros Obstétricos e maternidades tem a respeito do programa de humanização no pré- natal e nascimento com atenção especial de nascimento; e identificar as cargas de trabalho que os enfermeiros de centros obstétricos e maternidades percebem em seu processo de trabalho.

Pesquisador (a) responsável: Heitor Biondi.

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Rio Grande, 29 de Outubro de 2015.



Prof. Dr. Priscila Aikawa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG