

# **O Cotidiano dos serviços de Enfermagem no Atendimento a Nascimentos e Partos: desafios de trabalho e humanização<sup>1</sup>**

Jordão Horta Nunes<sup>2</sup>

[jordao.fchf.ufg@gmail.com](mailto:jordao.fchf.ufg@gmail.com)

Maria Fernandes Gomide<sup>3</sup>

[mariagomide@hotmail.com](mailto:mariagomide@hotmail.com)

**Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás**

Palavras-chave: Trabalho, Humanização do parto, Enfermagem, Mercado

## **INTRODUÇÃO:**

As Ciências Sociais vêm se abrindo para a possibilidade de análise de fenômenos que tradicionalmente foram concebidos como naturais ou biológicos. Alguns estudos recentes (NONATO, 2007; TORNIQUIST, 2002; DINIZ, 2005) apresentam abordagens que visam, a partir do arcabouço teórico das Ciências Sociais em diálogo com outras áreas de pesquisa, compreender as representações construídas em torno de processos fisiológicos como o parto, por exemplo, que faz parte do interesse investigativo desse trabalho. As mudanças simbólicas construídas sobre o parto – e a humanização da atenção ao parto – são relevantes nesta comunicação já que é neste contexto que se posicionam as mulheres trabalhadoras<sup>4</sup>, técnicas e auxiliares de enfermagem da maternidade pesquisada. As formas de se perceber a doença ou assuntos relacionados à saúde de modo geral, variam ao longo do tempo e acompanham às mudanças sócio-históricas da humanidade (SILVA, 1986). Elas são resultantes de simbolismos construídos socialmente, modificados e consolidados ao longo da história humana. Nessa direção, Jodelet (2002, p. 17/18) declara que as representações sociais “circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais”.

---

<sup>1</sup> Revisado pelo orientador

<sup>2</sup> Professor doutor vinculado à Faculdade de Ciências Sociais

<sup>3</sup> Aluna Bolsita (PIBIC) do Curso de Ciências Sociais

<sup>4</sup> Digo trabalhadoras pelo fato de que não há, no posto “Pré-parto” (sobre o qual me concentrei na instituição pesquisada) enfermeiros. Algumas justificativas giram em torno da divisão sexual do trabalho proposta por Helena Hirata que não tratarei nesse artigo.

Por isso, podem construir imagens e concepções capazes de se perpetuarem nas diversas instâncias da sociedade: família, Estado, mercado, Instituições, corpo profissional, Academia etc.

O nascimento e o parto, como processos necessários à reprodução humana, são partes de um processo natural e biológico. Entretanto, no interior de diferentes culturas, esses fenômenos são compreendidos de modos específicos gerando significados, linguagens e discursos que ora o aproximam das tradições milenares, ora das características mercadológicas das sociedades modernas (TORNIQUIST, 2002). Nonato, (2007) em seu estudo sobre a humanização do parto no Distrito Federal, fundamentada nas abordagens de diversos pensadores como Schutz, Moscovici, Jodelet, afirma que, “por mais que esses fenômenos se manifestem por meio de aspectos fisiológicos, sendo parte de uma realidade objetivável, os significados simbólicos que carregam e produzem efeitos nas relações sociais, determinando condições existenciais para os indivíduos, serão sempre construídos socialmente e carregados culturalmente”.

Ainda no início do século XX (MENDONÇA, 2004; TORNIQUIST, 2002), grande parte dos nascimentos ocorria nas casas, de forma simples, sem grandes tecnologias e a maioria deles com o auxílio de uma parteira. Ao hospital somente eram levadas mulheres com complicações clínicas e, quase sempre, de classes influentes. Segundo as autoras, a partir do pós Guerra, já nos anos 1960, as tendências à modernização, racionalidade, alcançam também as percepções a respeito da forma do nascimento. Os hospitais passam a ser local privilegiado para o recebimento do recém-nascido e nessa transferência perdem-se a intimidade, as ligações afetivas e o conforto da casa.

A Humanização na atenção a partos e nascimentos nasce como movimento de contraposição à tendência de se compreender a saúde de forma tecnicista e mercadológicas desvinculada dos princípios de valorização humana. Para Diniz (2005), ela representa “uma redefinição das relações humanas na assistência” no sentido de valorizar o processo vivido pela mulher, pela família, pelos profissionais e detentores do saber tradicional, instituições e sociedade.

Diniz (2005), ao apresentar a história do movimento, em âmbito mundial e brasileiro, retrata diversos sentidos conferidos à idéia de “Humanização” que, ao longo das últimas décadas foi apresentada:

a) como legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência; b) como legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e família) na assistência ao nascimento; c) referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população; d) como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto; e) referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; f) à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente; g) como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto (DINIZ, 2005, p. 633-635)

O cuidado hospitalizado intensifica o movimento de criação de profissionais da saúde. Como parte desse grupo, pode-se localizar a enfermagem, com suas variedades de atuações e níveis. Segundo SILVA (1986), a chamada Enfermagem Tradicional coincide com o pré-capitalismo e esteve ligada ao cuidado de doentes em espaços religiosos ou domésticos. Já no século XX, com a intensificação capitalista, ela passa pelo processo de profissionalização dando origem à Enfermagem Moderna. Inicialmente pensada na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial, sob a liderança de Florence Nightingale, são criadas as primeiras escolas formadoras de *nurses* (menos qualificadas, destinadas ao cuidado direto) e *ladies nurses* (mais qualificadas e destinadas a serviços administrativos)<sup>5</sup>. Em conformidade com a autora (SILVA, 1986, p. 136), a premissa de que “o objeto da enfermagem é o cuidado direto” é modificada nesse processo, criando-se divisões hierárquicas entre os diversos profissionais da área no contexto internacional e brasileiro.

Nesse tipo de organização, as técnicas e auxiliares de enfermagem da maternidade em questão trabalham juntamente com a equipe composta por profissionais de várias áreas, formando o que a instituição concebe como “equipe multidisciplinar”: obstetras, cirurgiões, pediatras, enfermeiras, enfermeiras obstetras, nutricionistas, fisioterapeutas odontólogos, fonoaudiólogos. Estão dispostas em vários postos (Pré-

---

<sup>5</sup> Em 1959 surge, na Inglaterra, a primeira Escola de Enfermagem sob a coordenação de Florence Nightingale que institui regras rígidas de postura (como o uso do uniforme) que se propagou por todo o mundo, inclusive para o Brasil (SILVA, 1986).

parto, Ambulatório, Posto de cuidados com Puérperas, Berçário, Centro-Cirúrgico) em que, teoricamente, se revezam de acordo com a decisão administrativa.

A partir da crise do taylorismo/fordismo, o período de 1970/1980 abarcou inúmeras modificações nas relações de trabalho, o que levou muitos autores a identificá-las como elementos da “reestruturação produtiva” (LEITE, 1994). As mudanças de paradigmas dos modos de se produzir intensificaram as realidades de trabalho da sociedade mundial e nacional, seja em contextos da saúde, como as técnicas de enfermagem, seja na educação, nos serviços de baixa qualificação ou no trabalho de grandes empreendedores. É nesse substrato que se localizam as narrativas de mulheres trabalhadoras: vivem em seus desafios cotidianos, no trabalho, em casa, no lazer, no descanso e em meio a ideologias contraditórias. Nesse mosaico, interpretam e interagem com os símbolos do mundo que para SCHUTZ (2003, 198) “é o cenário e também o objeto de nossas ações e interações”. Como conciliar as tendências de intensificação e flexibilização do trabalho com as exigências de atenção humanizada à paciente conforme o programa do Ministério da Saúde (Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000)? Nesse sentido, serão apresentadas algumas reflexões a partir das observações feitas em campo.

## **OBJETIVOS**

Este artigo tem como objetivo comunicar algumas reflexões advindas da pesquisa desenvolvida ao longo do período de 2010-2011, em que se pretende compreender – a partir do arcabouço teórico da sociologia do trabalho, da sociologia da emoção e do interacionismo simbólico – o universo de trabalho de profissionais da saúde inseridos em filosofias de atendimento humanizado ao paciente. De modo específico, buscou-se analisar o cotidiano de técnicas de enfermagem de uma maternidade pública da cidade de Goiânia, com base no fato de que elas apresentam uma maior “interação face-a-face” (STRAUSS, 1999, p. 61) com as pacientes no período de internação. Também se objetiva contribuir com estudos referentes ao Trabalho, de modo amplo, com o grupo de estudos NEST (Núcleo de Estudo sobre Trabalho – Universidade Federal de Goiás), para que o estudo possa ser instrumento para melhoria na qualidade do trabalho e, portanto, na realidade social desses trabalhadores. Por fim, pretende-se estreitar a comunicação entre Ciências Sociais e estudos no campo da Saúde (MINAYO, 2004).

## METODOLOGIA DE PESQUISA

Em concordância com os objetivos propostos pela pesquisa inspiradora desse artigo, optou-se por tomar como base metodológica a abordagem qualitativa a partir das concepções de FLICK (2009). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com técnicas de enfermagem e membros da administração da instituição pesquisada, com o intuito de se perceber as variantes surgidas no cotidiano de trabalho e na prática da “humanização” do atendimento à mulher parturiente.

Além do recurso citado, utilizou-se como método de pesquisa a observação participante com base conceitual em Denzin (1989, p. 157-158), que a define como “uma estratégia de campo que combina, simultaneamente, a análise de documentos, a entrevista de respondentes e informantes, a participação e a observação diretas e introspecção”. Assim, com a permissão da instituição pesquisada e da secretaria de saúde pública responsável por ela, pôde-se circular nos corredores, quartos das pacientes, salas de parto, centro cirúrgico, postos de trabalho das enfermeiras e técnicas, refeitório, quarto de descanso com o propósito de acompanhar algumas rotinas de trabalho das técnicas em destaque. Ao se levar em conta a natureza do trabalho de enfermagem em que, a todo momento, se exige atenção e cuidado das profissionais com as mulheres que chegam em estágios variados de trabalho de parto, achou-se insensato a realização de grande número de entrevistas que, quando são possíveis, não podem durar muito tempo já que a ausência da trabalhadora em seu posto poderia prejudicar o desempenho da equipe. Esse fato fortaleceu a necessidade da utilização do caderno de campo como meio de registro essencial de pesquisa.

É importante dizer, no entanto, que, apesar da escolha pela abordagem qualitativa como meio privilegiado de pesquisa, não se deixou de lado a análise quantitativa referente ao objeto. Deste modo, foram recolhidas informações referentes aos trabalhadores da saúde destacados junto a bancos de dados como a RAIS. Também foram consultados relatórios internos do hospital preenchidos pelas técnicas e auxiliares de enfermagem, com dados como taxas internas da instituição, número de cesáreas e partos normais, quadro de profissionais, formas de vínculo empregatício e remuneração dos empregados.

## O COTIDIANO DE TRABALHO

Antes de entrar em contato com o contexto técnico de enfermagem, houve a necessidade de se realizar uma observação exploratória do local onde seriam feitos os procedimentos necessários para a investigação: acompanhamento do trabalho dos profissionais, entrevistas, observação sistemática, conversas com mulheres pacientes/clientes e observação do trabalho no momento do parto, seguindo o que FLICK (2009) apresentou como passos para uma observação participante. As primeiras análises deram-se com a tentativa de se absorver, ao máximo, informações que trouxessem mais segurança e desenvoltura para o início do trabalho concreto. A atenção voltou-se para a leitura dos painéis dispostos ao longo de toda a instituição. Foram encontrados cartazes típicos de um local de atendimento à saúde: informativos sobre AIDS, Câncer de Mama, Alcoolismo, Grupo de Gestantes (que realiza, uma vez por semana, um trabalho de preparação para o parto), banners com pesquisas científicas sobre o aleitamento materno, cartazes com figuras públicas em campanhas conjuntas com o Ministério da Saúde. Pude perceber o cuidado visual da instituição que procura humanizar também o olhar das pessoas através da disposição de fotografias e imagens de gestantes em posições estratégicas para o nascimento e de mulheres no momento da amamentação. A observação da arquitetura do local também foi elemento importante na breve iniciação. Os jardins internos, o pé direito alto, a proximidade com uma mata, o cuidado com o jardim, a limpeza dos sanitários, as cores das vigas, mesmo que em processo de desgaste, sugeriam atenção diferenciada ao paciente. Assim, essa busca inicial possibilitou o encontro de detalhes importantes para a compreensão da filosofia de atendimento do local.

Nos corredores internos, por outro lado, pôde-se encontrar, nos murais administrativos, notificações, avisos, convites específicos aos funcionários (apresentações musicais, excursões de férias, convocação sindical para manifestação por melhores salários, escalas de trabalho). Esses objetos significantes em práticas simbólicas suscitaram as primeiras dúvidas e questionamentos para o esforço de distanciamento afetivo de meu foco de pesquisa<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> É importante dizer que a pesquisa foi influenciada, em parte, por minhas experiências com o parto humanizado como escolha de nascimento para minhas filhas. Essa ligação sentimental com o fenômeno me manteve consciente da necessidade de disciplina de tentar me manter com certo distanciamento de meu foco de pesquisa. Digo “certo” porque se reconhece, nas Ciências Sociais, a impossibilidade da neutralidade científica (BRANDÃO, 1975) no processo de investigação qualitativa, fato que não impede que ela ocorra com legitimidade.

O registro do ponto é obrigatório e de responsabilidade do servidor. A entrada e saída devem ser registradas de acordo com o horário. Na falta do registro antecipado, tardio ou registro da entrada e saída ao mesmo tempo implicam punições como falta proporcional.

(Comunicado afixado no painel do corredor, observado dia 20 de abril de 2011)

Nesse processo, destacaram-se dois movimentos distintos e aparentemente contraditórios: por um lado, a conquista das mulheres por um atendimento de qualidade no momento do parto e, por outro, os perigos do tecnicismo mercadológico nas relações trabalhistas, apesar das características humanizantes da instituição. Desse primeiro momento descritivo, partem-se as reflexões restantes<sup>7</sup>.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem<sup>8</sup> são responsáveis pela execução de tarefas de apoio à equipe profissional de saúde, em instituições privadas ou públicas, organizando material, fazendo relatórios técnicos, mantendo o ambiente em ordem e auxiliando os profissionais nos procedimentos necessários. Atualmente, diante de 719.171 profissionais em todo o Brasil<sup>9</sup>, são contabilizados 5.859 técnicos e auxiliares de enfermagem em Goiânia, diante de 107.319 profissionais que trabalham na cidade de São Paulo e 979 no Macapá, conforme a Tabela 1:

---

<sup>7</sup> Achei necessário relatar o contato inicial com o campo já que a observação dos plantões, inteiros ou parciais, constituiu o método central de coleta de informações sobre o cotidiano da equipe, e das técnicas, em particular.

<sup>8</sup> Pela CBO (2010), são parte da família ocupacional 3222

<sup>9</sup> Dados retirados da RAIS 2010

TABELA 1 - TÉCNICAS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

CAPITAL	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
PORTO VELHO	1276	0,17
RIO BRANCO	1962	0,27
MANAUS	10410	1,42
BOA VISTA	1539	0,21
BELEM	8863	1,2
MACAPA	979	0,13
PALMAS	3186	0,44
SAO LUIS	5222	0,72
TERESINA	5658	0,78
FORTALEZA	8719	1,18
NATAL	4424	0,61
JOAO PESSOA	4816	0,66
RECIFE	12934	1,77
MACEIO	4601	0,63
ARACAJU	6178	0,85
SALVADOR	19995	2,74
BELO		
HORIZON	21460	2,94
VITORIA	6314	0,87
R.DE JANEIRO	39474	5,41
SAO PAULO	107319	14,71
CURITIBA	14865	2,04
FLORIANOPOL	2566	0,35
PORTO		
ALEGRE	17812	2,43
CAMPO		
GRANDE	3760	0,52
CUIABA	3190	0,44
GOIANIA	5859	0,8
BRASILIA	15801	2,16
OUTROS	390535	53,52
IGNORADO	0	0
Total	729717	100

Fonte: Rais 2010 (construção da autora)

No ambiente hospitalar analisado, as técnicas são distribuídas em postos de trabalho com diferentes funções, como foi descrito na introdução, causando muitas vezes insatisfações internas. A maior ou menor preferência pelos postos relaciona-se com o critério de “intensidade de trabalho”. Segundo informante, “ninguém gosta de ir pro Berçário, o berçário é o mais rejeitado, lá elas trabalham pra caramba!!!”. O trabalho neste posto consiste no acompanhamento dos recém-nascidos desde o nascimento até o momento de alta médica. Assim, as técnicas da neo<sup>10</sup>, como são chamadas, devem pesar, medir, conferir a temperatura do bebê e também auxiliar a mãe nos momentos de amamentação. Geralmente, são dispostas em duplas<sup>11</sup> e, em alguns casos, possuem o

<sup>10</sup> Neonatologia é um ramo da pediatria responsável pela saúde do recém-nascido até os primeiros 28 dias de vida(Manual de Neonatologia, e: portalneonatal.com.br)

<sup>11</sup> Uma das informantes expressou-se com indignação diante da vontade administrativa em reduzir para uma só técnica a responsabilidade do pré-parto.



acompanhamento da enfermeira obstetra, como acontece no “pré-parto” onde as mulheres, que farão parto normal, necessitam de maior atenção, segundo alguns profissionais da equipe (em intervalos determinados pelo grau de dilatação vaginal, as/os obstetras ou enfermeiras obstetras analisam as condições fisiológicas da parturiente). A seguinte informante, que trabalha no local há 11 anos, detalha sua rotina diária de trabalho.

Você assina o ponto. Você, entrando aqui dentro, vem pro posto, a gente organiza o posto. A prioridade é a sala da parto. Ela tem que estar toda organizada, o berço montado, o aspirador montado, tem que tá tudo no lugar, olhar os canos, o aspirador de mecônio, tudo você tem que olhar, tem que tá tudo no lugar. Porque, de repente, pode surgir um imprevisto, um parto de emergência, um expulsivo. Então, se não tiver tudo organizado, tá lascado. Porque além dos pacientes que já estão aqui, chegam outros pacientes.

Após uma pausa de cerca de uma hora, devido à exigência da presença da informante na equipe, ela retorna à entrevista com mais detalhes que puderam ser confirmados com a observação. Ao ser sugerida que narrasse o que tinha acabado de realizar, Helena<sup>12</sup> expõe mais uma vez suas obrigações técnicas.

É porque ia ter um parto e, em seguida, teve três partos. Às vezes falta alguma coisa, falta material. Aí tem que correr atrás. Tem que tirar paciente, tem que levar paciente pro pré-parto, porque tem paciente que fica esperando pra entrar na sala de parto. Às vezes tem que pulsionar veia e aí acontece esse tumulto todinho. Tem que tirar lençol...Tem que preencher livro, tem que fazer relatório, tem que fazer relatório na papeleta, tem que fazer relatório no livro de admissão, no livro de parto. São três livros.Tem que fazer... Tem que fazer a pulseira do RN, ele não sai daqui de dentro sem a pulseira, tem que rotular as plaquetas. Então, tudo é muito corrido. E a gente nem terminou de arrumar os quartos e nem limpou a sala da parto. Porque aqui entra uma, sai outra... Que nem hotel. [Risos]. Hotel Cinco Estrelas (Helena, entrevista cedida dia 13 de maio de 2011)

A maioria das informantes declara incômodo diante do ritmo de trabalho acelerado. A partir das declarações, é possível dizer que suas rotinas de cumprimento das tarefas acompanham a tendência de intensificação do trabalho discutida por inúmeros estudiosos que analisam as transformações das formas de organização do trabalho no contexto capitalista de produção. Dentre eles, Nádyá Guimarães (2001)

---

<sup>12</sup> Os nomes aqui expostos são fictícios para resguardar a identidade das informantes.

afirma que a nova estrutura de produção trouxe efeitos como a “intensa flexibilização do trabalho e de reconstrução institucional e normativa dos padrões de proteção ao trabalhador” (GUIMARÃES, 2001). Nesse sentido, a humanização é reconhecida em relação à atenção à paciente e não ao trabalhador. Mesmo que muitas vezes afirmem que na maternidade exista uma boa interação entre a equipe alegando uma ausência de hierarquia entre os profissionais, as informantes declaram que não há uma estratégia de valorização do profissional e a humanização acaba por se dar “mais pra paciente... precisa ser mais valorizada [a técnica e auxiliar]. Se a gente tivesse mais valor, principalmente financeira, a gente ficava só em um [emprego], não ficava em dois”. (Helena)

Com poucas exceções, grande parte das técnicas possui mais de um local de trabalho, sobretudo pela justificativa de baixa remuneração. Em Goiânia, o salário médio da categoria gira em torno de 2,24 salários mínimos (Rais 2010), abaixo da média nacional de 2,57 salários. Em consequência, pelos relatos, grande parte da equipe já passou ou está passando por problemas de saúde como insônia, depressão, dores na coluna. Muitos estudos que analisam criticamente as realidades de trabalho de profissionais da saúde afirmam que grande parte dos trabalhadores acabam desenvolvendo sintomas patológicos como a síndrome de *burnout* (KORINFELD, 2007).

Ao se persistir na análise do processo de intensificação do trabalho, as informantes afirmam que são responsáveis pela quase totalidade das atividades realizadas no ambiente doméstico. Apesar da presença dos outros integrantes da família no cumprimento das tarefas, sua administração, assim como o cuidado com os filhos ou netos, ficam direcionados às técnicas informantes.

Eles colaboram de manter organizada. Mas eu sempre mantenho a casa com roupa lavada, passada. Eu tenho dois filhos solteiros. Eu tenho uma mulher que limpa pra mim no final de semana, mas, no dia a dia, é meu. Eu já deixo comida mais ou menos pronta, porque meu marido às vezes sai. Então é assim, porque os meninos trabalham também. (Francisca, entrevista cedida dia 14 de maio de 2011)

Nesta direção, Hochschild (1989), ao analisar os desafios cotidianos de casais trabalhadores com filhos nos EUA, afirma que a mulher acaba por realizar as obrigações de casa, mesmo em relações menos tradicionais quanto ao estabelecimento de papéis no

casamento a partir da divisão sexual do trabalho (cf. GOFFMAN,1977), se constituindo a segunda jornada de trabalho. Diante disso, elas acabam construindo “estratégias de gênero” (HOCHSCHILD, p.18) para lidarem com a dupla jornada de trabalho, requerendo assim um trabalho emocional prejudicial a sua saúde física e psicológica.

De forma contrária, Paula afirma que não há cansaço físico no exercício da profissão. O desgaste parte de alguns problemas relacionais internos, declaração que também se contrasta do restante das informantes que alega a existência de uma harmonia profissional entre os diversos níveis e áreas. Ao se aprofundar na entrevista, Paula apresenta grande capacidade de adequação às normas e ao ritmo de trabalho característicos da profissão, bem como às exigências do mercado de trabalho<sup>13</sup>. Chega a trabalhar semanalmente cerca de 100 horas devido ao acúmulo de vínculos empregatícios que mantém. Desloca-se por três instituições, duas localizadas em Goiânia e uma em Brasília. Além do cumprimento de sua escala de trabalho, muitas vezes substitui o plantão de colegas, o que acaba por conferir à trabalhadora uma realidade de sobrecarga laboral. No entanto, a informante não compreende sua rotina dessa forma, declarando que essa configuração consiste em um esforço necessário para sua tranquilidade futura.

Eles falam [a família] “você trabalha demais, você tem que diminuir seu ritmo”. Mas, é igual eu falo: isso aí não é pro resto da minha vida, eu tenho um prazo pra viver isso daí e depois eu não quero aposentar trabalhando o tanto que eu trabalho. Eu quero me estabilizar agora pra depois eu ficar mais tranqüila.

Eu acho que é quando você tem o pique[ter um ritmo acelerado de trabalho], quando você é mais jovem, enquanto você tem saúde. Então, eu acho que é a hora que você pode! Mas eu não extrapolo. Lá em Brasília, por exemplo, o máximo que eu trabalho seguido é de 24 horas, não trabalho mais que 24 horas, porque aí me prejudica demais. Então, se eu puder não trabalhar eu não trabalho. Mas se o colega tiver necessidade, eu faço, por ele. Mas eu não extrapolo como, por exemplo, ficar noites e noites sem dormir.

(Paula, entrevista realizada dia 11 de maio de 2011)

É possível, diante da afirmação de Paula, perceber a formulação de uma série de argumentos para justificar seu ritmo exaustivo. Por um lado, elas podem indicar uma tentativa de defesa contra uma possível acusação da pesquisadora e das pessoas que fazem parte de sua convivência. Scott e Lyman (1968), afirmam que a fala consiste em

---

<sup>13</sup> Paula trabalha na Maternidade como técnica de enfermagem apesar de ser graduada em Fonoaudiologia. Atualmente, cursa Enfermagem. Além disso, trabalha em três locais. É casada com um gerente de uma empresa de telecomunicações que vive uma rotina semelhante a dela.

um instrumento de grande importância para a constituição das relações humanas. Assim, os seres que interagem e fazem declarações diante de uma situação inquiridora desenvolvem estratégias de preservação de si, ou do *self*. Os motivos, *accounts*, para os autores, são “uma afirmação feita por um ator social para explicar um comportamento imprevisto ou impróprio – seja este comportamento seu ou de outra pessoa, quer o motivo imediato para a afirmação parta do próprio ator ou de alguém mais”<sup>14</sup> (Scott e Lyman, 1968, p. 46)

Também é possível reconhecer esse recurso na narrativa de outras profissionais. Ao serem indagadas sobre o grau de identificação e realização com o trabalho, logo após as declarações de cansaço (“é muito cansativo”), afirmam: “eu gosto, eu fiz porque eu gosto”.

Se por um lado, a narrativa de Paula pode ser reconhecida como justificativa diante de uma situação de indagação, por outro, é possível identificar em sua fala o enraizamento de uma cultura do trabalho. De forma semelhante à análise de Nunes, Dutra e Landeiro (2008) sobre o cotidiano de trabalhadores do setor de serviços de Goiânia, pode-se dizer que Paula também inclui em sua identidade um conjunto de práticas simbólicas e “uma cultura do trabalho” relacionada a identidades das técnicas de enfermagem de modo geral. A cultura do trabalho mesclada a cultura de mercado introduz no trabalhador um anestesiamiento diante do contexto excessivo de trabalho. Para Freitas (2006), a cultura do trabalho é motivada pela necessidade de subsistência dos trabalhadores que se sujeitam a longas jornadas de trabalho mas também pela ação conjunta entre capital e Estado.

O aparelho estatal quanto o capital fazem dessa “cultura do trabalho” uma ideologia para justificar os interesses privativos do capital. A necessidade de se produzir mais, gerando dividendos para a manutenção do equilíbrio fiscal, ou ainda, a necessidade de se aumentar a produtividade, como forma de reduzir o “custo Brasil”, são algumas das justificativas governamentais e patronais para idolatrar esse trabalho excessivo. (FREITAS, 2006, p.121)

---

<sup>14</sup> Tradução de Ana Beatriz Duarte.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade pesquisada busca adequar-se às propostas de humanização do atendimento a nascimentos e partos apesar da existência de muitos entraves burocráticos e técnicos. Pela observação pode perceber uma constante falta de material para os procedimentos médicos e de rotina das técnicas, fato que muitas vezes impede um maior número de atendimentos e internações. A partir desse contexto, é possível perceber a falta de compromisso político com a saúde pública brasileira, sendo esta uma discussão ativa nos meios de comunicação como a revista Cadernos de saúde Pública. Muitas das recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde são seguidas pela equipe multidisciplinar: o índice de cesáreas é inferior em relação ao número de partos normais, utiliza-se a analgesia como forma de diminuição da dor durante o trabalho de parto, respeita-se o direito da mulher ao acompanhante e a necessidade de privacidade na internação (cada parturiente tem direito a um quarto com uma cama avulsa para o acompanhante), os profissionais reconhecem a igualdade de importância da equipe para um bom desenvolvimento do atendimento etc.

Entretanto, a humanização parece estabelecer uma relação exclusiva com a paciente, sendo o trabalhador, que cuida das mulheres na gestação, no parto e no pós-parto, muitas vezes invisibilizado no processo. A rotina de trabalho dos profissionais da saúde nas diversas áreas de atuação é intensa, sendo que a maioria dos que pude conversar afirma viver em ritmos acelerados de trabalho, devido ao acúmulo de vínculos empregatícios.

A intensificação dos valores de mercado e das ações do capitalismo sobre as concepções do parto, da maternidade e do trabalho, juntamente com as características de precarização do Sistema Único de Saúde brasileiro dificultam a manutenção de ideais de humanização na saúde. Muitos dos informantes afirmam que os Sindicatos não são capazes de representarem as necessidades concretas dos trabalhadores como melhores salários, por exemplo e diminuição do tempo de trabalho. Toda essa configuração interfere na crescente falta de identificação das funcionárias com a filosofia da instituição. Acabam concebendo seu esforço como uma mercadoria ou um serviço prestado ao consumidor (ZARIFIAN, 2001). A grande maioria das técnicas pesquisadas afirma que não faria um parto normal e nem teria seu filho na maternidade que trabalham.

Apesar das evidências surgidas, não pretendo encará-las como conclusões, mas como interpretação de uma realidade de símbolos construídos de forma relacional no sentido do que Strauss (1999) afirma sobre o trabalho de investigação do cientista social em observação a instituições.

Quando o cientista social enfoca a interação em ambientes institucionais – como hospitais ou fábricas – tende a escrever sobre as maneiras como as pessoas encaram as outras pessoas, os motivos que atribuem uma à outra ; e está interessado nas conseqüências que decorrem desse tipo especial de nomeação” (Strauss, 1999, p. 62)

## REFERÊNCIAS

DENZIN, N. K. (1989). *Interpretive interactionism*. London: Sage.

DINIZ, Carmem S. G. Humanização da assistência no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 10, n. 3, 2005.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FREITAS, Revalino A. de. Dissertação. *Tempo de trabalho e Sindicalismo: uma análise da ação sindical na questão do Tempo de Trabalho (1980 – 2000)*. Araraquara, 2006.

GOFFMAN, Erving. The Arrangements Between the Sexes. *Theory and Society*. University Park, PA, n. 4, p. 301-221, 1977.

GUIMARÃES, Nádia Araújo. Por uma sociologia do desemprego: contextos societais, construções normativas e experiências subjetivas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 17, n. 50, outubro de 2002.

HOCHSCHILD, Arlie Russell (1989) *The Second Shift: Working Parents and the Revolution at Home*. New York: Viking.

JODELET, Denise. Representações sociais : um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

KORINFELD, Silvia: “Enfermeros laborales. Condiciones y medio ambiente de trabajo y acciones de prevención””. Ponencia presentada V Congreso Latinoamericano De Sociologia Del Trabajo 2007. Montevideo, Uruguay

LEITE, Marcia de Paula. *O paradigma do conhecimento*. O paradigma produtivo. Uma perspectiva história. In: *Trabalho e sociedade em transformação*. Mudanças produtivas e atores sociais. São Paulo: Perseu Abramo, 2003, p. 25-90.

MENDONÇA, Lúcia G. *Parteiras em Londrina (1929 -1978)*. Dissertação. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/mendoncalg.pdf>>. Acesso em maio de 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MS (Ministério da Saúde) 2002. *Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80> Acesso em junho de 2011.

NONATO, Ticiania Ramos. *Humanização do parto nos contextos públicos e privados no Distrito Federal*. Dissertação. Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em <[http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2702](http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2702)>. Acesso em junho de 2011.

NUNES, J. H; DUTRA, L. G.; LANDEIRO, M. B.. Trabalho e gênero nas interações de serviços. *Sociedade e Cultura*. Goiânia, v.11, n.2, jul/dez. 2008. p. 285 a 303.

SCHUTZ, Alfred. *El problema de La realidad social*. Escritos I. 2ª Ed. 1 reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SCOTT, Marvin e LYMAN, Satanford. Accounts. *American Sociological Review* (no 33, Vol. 1, pp. 46-62), 1968.

SILVA, Graciete Borges. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e Máscaras. A Busca da Identidade*; tradução Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estudos Fem.*. Julho de 2002, vol.10, n. 2, p. 483-492.

\_\_\_\_\_ Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003, v. 19, p. 419 – 427.

ZARIFIAN, Philippe. *Le Modèle de la Compétence: Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Paris: Liaisons, 2001.